


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**O SERVIÇO SOCIAL E AS DEMANDAS DAS FAMÍLIAS DOS RECÉM-
NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS NA UNIDADE DE
NEONATOLOGIA DA MATERNIDADE DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO**

ARLETE ZANDOMENECO BILLAR

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 27/03/07


Rosana Marra Gaio
Depto de Serviço Social / CSE

**Florianópolis
2006/2**

ARLETE ZANDOMENECO BILLAR

**O SERVIÇO SOCIAL E AS DEMANDAS DAS FAMÍLIAS DOS RECÉM-
NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS NA UNIDADE DE
NEONATOLOGIA DA MATERNIDADE DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social ao Departamento de Serviço Social, do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Orientadora: Prof^ª Ms. Rosane Suely May Rodrigues Pereima

**Florianópolis
2006/2**

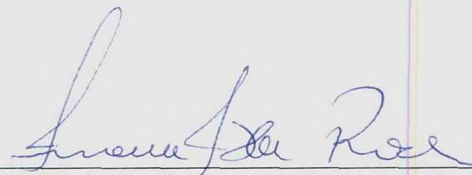
ARLETE ZANDOMENECO BILLAR

**O SERVIÇO SOCIAL E AS DEMANDAS DAS FAMÍLIAS DOS RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS INTERNADOS NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA DA
MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ERNANI POLYDORO DE SÃO
THIAGO**

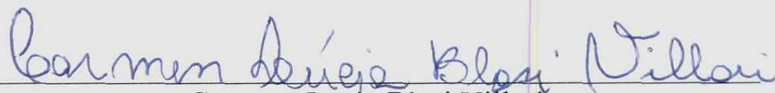
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi considerado adequado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social ao Departamento de Serviço Social, Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), pela seguinte banca examinadora:



Profª Ms. Rosane Suely May Rodrigues Pereima – UFSC
Orientadora
Presidente da Banca



Profª Ms. Jussara Jovita Souza da Rosa
1ª Examinadora



Carmem Lucia Blasi Villari
Assistente Social do HU
2ª Examinadora

Florianópolis, março de 2007.

RESUMO

BILLAR, Arlete Zandomeneco. **O Serviço Social e as demandas das famílias dos recém-nascidos prematuros internados na Unidade Neonatologia da Maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago**. 2007. Monografia (Curso de Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo mostrar a importância da atuação do Serviço Social no atendimento às demandas das famílias dos recém-nascidos prematuros, internados na Unidade de Neonatologia da maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU). Este estudo é resultado da prática de Estágio Curricular Obrigatório I e II, efetivado no período compreendido entre 5 de maio e 16 de setembro de 2006. Compõe-se de uma pesquisa bibliográfica sobre a prematuridade, a fim de subsidiar a compreensão sobre a problemática vivenciada pelas famílias dos pacientes internados na Unidade de Neonatologia, acrescida do estudo das políticas de proteção ao recém-nascido prematuro. Compõe-se, ainda, de uma pesquisa descritiva, documental, de cunho quantitativo com a finalidade de investigar o perfil das dezessete famílias acompanhadas durante a prática de estágio, utilizando-se a ficha de atendimento, como base para a coleta de dados. O texto divide-se em duas seções, a primeira, com foco na abordagem do cenário de prática e os atores sociais envolvidos e a segunda, no Serviço Social e sua atuação frente às demandas apresentadas pelas famílias. Este trabalho evidencia a importância do Serviço Social na garantia e efetivação dos direitos civis e sociais referentes à saúde.

Palavras-chave: Serviço Social na Saúde. Recém-nascido prematuro. Família. Direitos. Demandas.

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS	05
LISTA DE SIGLAS.....	06
INTRODUÇÃO.....	07
1 O CENÁRIO DE PRÁTICA E OS ATORES ENVOLVIDOS EM NEONATOLOGIA	09
1.1 CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE NO BRASIL	09
1.2 CENÁRIO DE PRÁTICA.....	15
1.2.1 O Hospital Polydoro Ernani de São Thiago (HU): relembrando sua história ...	15
1.2.2 A Maternidade do HU.....	17
1.2.3 A Unidade de Neonatologia	20
1.3 O RECÉM-NASCIDO	24
1.3.1 Compreendendo a Prematuridade.....	24
1.3.2 As Políticas de Proteção ao Recém-nascido Prematuro	29
2 O SERVIÇO SOCIAL E AS DEMANDAS DAS FAMÍLIAS DOS RNs PREMATUROS INTERNADOS NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA	37
2.1 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL	37
2.2 A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE DO HU	41
2.3 O SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA.....	44
2.4 O PERFIL DAS FAMÍLIAS DOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS	47
2.5 O SERVIÇO SOCIAL E O ATENDIMENTO ÀS DEMANDAS DAS FAMÍLIAS DOS RNS INTERNADOS NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA.....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS	68
ANEXO A	75

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição de frequência relativa das mães dos RNs segundo a faixa etária..	50
Gráfico 2: Distribuição de frequência relativa das mães conforme o estado civil.....	51
Gráfico 3: Distribuição de frequência relativa das mães conforme a escolaridade	52
Gráfico 4: Distribuição de frequência relativa do local de residência das mães	52
Gráfico 5: Distribuição de frequência relativa em relação à renda familiar.....	53
Gráfico 6: Distribuição de frequência relativa em relação à situação habitacional	54
Gráfico 7: Frequência relativa em relação ao número de filhos (incluindo-se o RN)	54
Gráfico 8: Distribuição de frequência relativa em relação ao número de gestações	55

LISTA DE SIGLAS

ABESS – Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
ANAS – Associação Nacional de Assistentes Sociais
CBCISS – Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CIAM – Central de Incentivo ao Aleitamento Materno
CNS – Conferência Nacional de Saúde e Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CMC – Cuidado Mãe Canguru
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
IG – Idade Gestacional
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IMIP – Instituto Materno-infantil de Pernambuco
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MMC – Método Mãe Canguru
MS – Ministério da Saúde
NOA – Norma de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PNS – Política Nacional de Saúde
PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RN – Recém-nascido
RNPT – Recém-nascido Pré-termo
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS – Sistema Único de Saúde
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

INTRODUÇÃO

A saúde das pessoas é resultado das suas condições de vida, tais como alimentação, moradia, transporte, educação, trabalho, renda, lazer etc. As desigualdades socioeconômicas contribuem para que um contingente cada vez maior da população não tenha acesso às condições básicas de vida, deixando-a mais vulnerável à exclusão e às doenças.

Surge, assim, a necessidade de a população discutir essas questões e, por meio da VIII Conferência Nacional da Saúde, chega-se a um relatório que, levado para discussão juntamente com outras propostas, é incluído na Constituição Federal de 1988, momento em que a Saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado. A partir da Constituição, há a regulamentação da Saúde com a Lei Orgânica da Saúde (LOS), decretos e resoluções, a fim de tratar suas especificidades. Busca-se, por conseguinte, a criação de mecanismos de proteção aos direitos da Saúde.

A prematuridade, então, considerada um problema de saúde relacionado com as condições socioeconômicas das famílias, constitui-se objeto de algumas políticas públicas. O bebê que nasce prematuro tem necessidade de permanecer internado, talvez por meses, para receber cuidados especiais, encontrados nas maternidades que têm Unidade de Neonatologia, principalmente aquelas equipadas com UTI-neonatal, como é o caso da maternidade do HU.

O nascimento de um bebê significa alteração na rotina familiar e, ao nascer prematuro e permanecer internado, traz mudanças ainda maiores, já que a mãe, para acompanhá-lo, passa a viver em ambiente totalmente diverso do seu, além de necessitar se afastar, com frequência, dos afazeres familiares e profissionais, bem como de outros membros de sua família.

Estudos comprovam que o recém-nascido (RN) que tem o acompanhamento de sua família durante a internação recupera-se mais rápido, desenvolve-se melhor e seu tempo de internação pode até mesmo diminuir. Ao acompanhamento da mãe aliam-se práticas de humanização do atendimento, como a do aleitamento materno e a do Método Mãe Canguru (MMC), práticas que causam impacto positivo na saúde dos bebês.

É nesse contexto que se insere o Serviço Social na Unidade de Neonatologia da maternidade do HU, onde desenvolve o Projeto de Atendimento às Demandas Socioassistenciais das Mães/Famílias de RNs Prematuros e/ou que Nascem com Alguma Enfermidade.

O Serviço Social, na Unidade de Neonatologia, atua com o objetivo de conhecer a realidade das famílias para poder detectar suas demandas e, ao mesmo tempo, oferece suporte

a essas famílias, para que possam conhecer e acessar seus direitos, o que é indispensável à manutenção do vínculo afetivo com o RN e ao exercício da cidadania. O usuário pode, assim, tornar-se sujeito de sua história, um cidadão capaz de modificar a sua realidade.

A partir disso, o presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo mostrar a importância da atuação do Serviço Social no atendimento às demandas das 17 famílias dos RNs prematuros, internados na Unidade de Neonatologia, no período de 08/05/06 a 06/09/06. Torna-se relevante, para isso, um estudo sobre o perfil socioeconômico-cultural dessas famílias que formam o universo pesquisado, que favoreça o levantamento de possíveis fatores relacionados à prematuridade.

A construção deste estudo baseia-se na experiência vivenciada na prática do Estágio Curricular Obrigatório I e II, do Curso de Serviço Social da UFSC, realizado na Unidade de Neonatologia da maternidade do HU, sob a supervisão de campo da assistente social Viviane Bergler Fernandes.

Para a realização do trabalho, utiliza-se pesquisa bibliográfica, a fim de subsidiar a compreensão da prematuridade e das políticas de proteção ao recém-nascido prematuro. Realiza-se, ainda, pesquisa descritiva, documental, de cunho quantitativo. Na pesquisa documental, faz-se um levantamento de dados socioeconômico-culturais das famílias dos RNs prematuros. Tais informações estão registradas na ficha de atendimento, utilizada para a coleta de dados, por ocasião das entrevistas, já nos primeiros contatos entre as mães e o Serviço Social, durante o período do estágio.

Este trabalho é composto por duas seções. Na primeira seção, apresenta-se o cenário de prática e os atores envolvidos em neonatologia, iniciado com um breve relato dos fatos históricos relacionados à Saúde no Brasil. Percorre-se a história do HU e da sua maternidade, que precede a criação da Unidade de Neonatologia, e passa-se a abordar a prematuridade, para melhor compreender esse fenômeno e as políticas para sua proteção. Na segunda seção, aborda-se o Serviço Social e as demandas das famílias dos RNs prematuros, internados nessa Unidade. Em seguida, contextualiza-se o Serviço Social na área da saúde no Brasil e sua atuação, tanto na maternidade do HU como na Unidade de Neonatologia, e, logo após, apresenta-se o perfil das famílias dos recém-nascidos internados. Abordam-se, ainda, na seqüência, aspectos sobre a importância do Serviço Social no atendimento às referidas demandas.

Para encerrar, são tecidas as considerações finais e apresentadas as referências bibliográficas, seguidas do Anexo.

1 O CENÁRIO DE PRÁTICA E OS ATORES ENVOLVIDOS EM NEONATOLOGIA

Falar sobre Saúde remete às dimensões econômica, social e política. Por isso, faz-se necessária, embora com brevidade, uma incursão por sua história para bem compreender sua trajetória no Brasil. Para tanto, como base, utiliza-se a obra de Almeida, Chioro e Zioni (2001), dentre outras.

1.1 CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE NO BRASIL

No início do século XX, as doenças infecto-contagiosas que assolam o Brasil põem em risco a exportação, o que exige do sistema de saúde não somente o controle ou a erradicação, mas também a eliminação dessas doenças dos espaços onde circulam as mercadorias. A partir de 1923, as ações de saúde pública são vinculadas ao Ministério da Justiça, e o Estado passa a ser responsável tanto pelo controle das epidemias¹ e endemias² como pela fiscalização de alimentos, portos e fronteiras.

Na década de 1930, é implantada a assistência médica hospitalar. Já nessa época, são criados os departamentos estaduais de Saúde e as secretarias estaduais de Saúde e, posteriormente, implantados os postos e centros de saúde estaduais. Em 1942, é criada a Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que passa a levar ações de Saúde para o Norte e Nordeste do País, com recursos dos Estados Unidos, então interessados na borracha brasileira. A criação do Ministério da Saúde (MS) ocorre somente em 1953.

Enquanto predominam a economia agroexportadora e a monocultura cafeeira, exige-se uma política de saneamento que se destine aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e à erradicação ou ao controle das doenças que possam prejudicar a exportação. Sendo assim, desde o final do século XIX até o início dos anos 60, impera no Brasil o modelo do Sanitarismo Campanhista (POLIGNANO, 2006).

Esse modelo desloca gradativamente sua ação de controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras para o campo e focaliza o combate às endemias rurais, pelo fato de a

¹ Epidemia é o “Desenvolvimento de uma moléstia infecciosa que afeta, durante um período de tempo determinado e num certo território, um grande número de pessoas.” (GRANDE DICIONÁRIO LAROUSSE CULTURAL DA LÍNGUA PORTUGUESA, 1999, p. 368)

² Endemia significa “Doença própria de determinada região, na qual ocorre constantemente.” (GRANDE DICIONÁRIO LAROUSSE CULTURAL DA LÍNGUA PORTUGUESA, 1999, p. 356)

agricultura ser a atividade hegemônica da economia da época. É amplamente utilizado no combate a diversas endemias (chagas, esquistossomose e outras) pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), que posteriormente é incorporada à Fundação Nacional de Saúde (FNS).

Com o processo de industrialização, diminuem as ações campanhistas e cresce a assistência médica por meio da Previdência Social, o que facilita o surgimento do modelo Médico-Assistencial Privatista no século passado. Nas primeiras décadas do século XX, quem precisa de assistência médica tem de comprá-la dos profissionais liberais, e quem não pode pagar esse serviço recorre às Santas Casas de Misericórdia, as quais se dedicam a amparar e tratar os pobres e indigentes.

Na década de 1970, a saúde é prestada pela Previdência Social e financiada pelo Estado. O setor privado, como prestador de serviços, dispõe de equipamentos e medicamentos adquiridos no mercado privado internacional (modelo hegemônico Médico-Assistencial Privatista). Começam, nessa época, a aparecer os problemas de fraudes e desvios de verbas para financiar os vultuosos projetos do governo. Grande parcela da população continua excluída, e a abertura política possibilita maior mobilização social por direitos.

Na década seguinte, que se caracteriza por forte crise econômica, estagnação do crescimento, descontrole inflacionário e recessão, ocorre o processo de redemocratização, acelerado pela derrota do governo militar nas eleições, mediante o Movimento das Diretas Já, que obtém grande apoio popular e sindical.

Ainda nos anos 1980, vivencia-se a crise da Previdência Social, que pode ser verificada nos níveis financeiro, ideológico e político-institucional. Como uma das medidas saneadoras desse problema, propõe-se a criação de uma instância reguladora da Saúde Previdenciária, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Esse contexto põe em evidência a necessidade de ampliar as políticas sociais, como estratégia do governo autoritário para recomposição de sua base política, por meio da ampliação de cobertura de beneficiários, de forma contínua e sem a criação de novas fontes de financiamento.

Com o Movimento Sanitário presente no Brasil desde o início da década de 1970, intensificam-se os movimentos de crítica ao modelo vigente de saúde. Em 1986, acontece em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), evento político-sanitário de grande importância, em decorrência de seu caráter democrático, já que dele participam várias categorias, como: usuários da Saúde Pública, políticos, trabalhadores da Saúde, professores universitários, acadêmicos etc. Esse caráter democrático é devido, também, ao processo social

que se estabelece a partir das conferências municipais e estaduais. Amplia-se, assim, o debate sobre a saúde em toda a sociedade brasileira.

Segundo Bravo e Matos (2006, p. 32-33), a VIII CNS:

[...] é o marco histórico mais importante na trajetória da política pública de saúde neste país. Reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo 1.000 delegados, para discutir os rumos da saúde no país. O temário teve como eixos: “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. Foi aprovada nesta Conferência a bandeira da Reforma Sanitária, bandeira esta configurada em proposta, legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes ao evento.

A partir da VIII CNS, passa-se a entender que:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida [...] A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Ainda nas palavras de Bravo e Matos (2006, p. 33), os ideais da Reforma Sanitária “podem ser resumidos como: a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social”. Tais ideais são incluídos no Projeto da Reforma Sanitária Brasileira que, juntamente com outras propostas na área da saúde, é levado, em 1987, para discussão na Assembléia Constituinte, com o objetivo de ser incluído na Constituição Federal de 1988.

Em 1988, é então aprovada a nova Constituição Federal, a qual “pela primeira vez na história tem um capítulo sobre saúde: do artigo 196 ao 200” (ROS, 2005, p. 68). A saúde passa a fazer parte do tripé da seguridade social³, juntamente com a previdência e a assistência, com uma nova concepção que rompe com o vínculo entre contribuição e acesso, e abandona o modelo excludente de seguro social.

³ De acordo com o que dispõe o Art. 194 da Constituição da República Federativa do Brasil: “[...] a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2005, p.117).

O SUS, criado pela Constituição de 1988, é posteriormente regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080 de 19/09/1990 e 8.142 de 28/12/90, aprimorando seu funcionamento.

A Lei 8.080/90 contempla a saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado e garante a gratuidade das ações e dos serviços de saúde, por meio dos serviços públicos e contratados. Inclui, como integrantes do SUS, os serviços de saúde dos hospitais estaduais, universitários e de ensino. De igual importância, a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

O SUS passa a seguir, de acordo com a Constituição, os princípios éticos e doutrinários da universalidade (saúde garantida a todo e qualquer cidadão, sendo ela dever dos governos municipal, estadual e federal), integralidade (direito que tem a pessoa de ser atendida em sua totalidade, de acordo com suas necessidades) e equidade (igualdade entre os cidadãos perante o SUS e prestação de serviços de acordo com as necessidades de cada um, de modo a diminuir as desigualdades existentes).

Saliente-se, conforme Almeida, Chioro e Zioni (2001, p. 36), que:

O indivíduo deve ser entendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de morte. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para as suas doenças. Isso exige que o atendimento seja feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos.

Em outras palavras, ao indivíduo devem ser garantidas ações de promoção (que envolvem também aspectos como educação, habitação, meio ambiente etc.), proteção (imunizações, saneamento básico, ações coletivas e preventivas etc.) e recuperação (atendimento médico, tratamento para doentes, bem como reabilitação). Essas ações devem formar um todo indivisível, e as unidades prestadoras de serviços, proporcionar assistência integral aos usuários.

Para complementar o entendimento do SUS, torna-se relevante sublinhar seus princípios organizativos:

- a) Regionalização e hierarquização – permitem melhor conhecimento dos problemas de saúde da população de uma área determinada e melhor direcionamento das ações; o acesso da população aos serviços de saúde deve dar-se por meio dos

serviços de nível primário de atenção e, quando necessário, deve ser feito encaminhamento a serviços de maior complexidade;

- b) Resolutividade – quando o indivíduo busca atendimento ou quando surge um problema de saúde coletiva, o serviço correspondente deve estar capacitado para solucioná-lo em seu nível de complexidade;
- c) Descentralização – é a redistribuição das responsabilidades pelas ações entre União, Estados e Municípios. Aos municípios cabe a maior responsabilidade nas ações de saúde (municipalização), partindo-se do princípio de que, nas palavras de Almeida, Chioro e Zioni (2001, p. 37), “quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto”; e
- d) Participação dos cidadãos – por meio dos Conselhos de Saúde, cuja implantação e cujo funcionamento são obrigatórios nos três níveis do governo.

Ainda na década de 1990 e no início dos anos 2000, o governo federal edita sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), que são portarias ministeriais com a finalidade de instruir e regular a nova organização do sistema, cujos conteúdos abrangem principalmente: definição das formas de transferência de recursos interinstâncias de governo; definição das modalidades de pagamento dos serviços de saúde; instrução do processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; e definição dos tipos de assistência (básica, de média e alta complexidade) na oferta e definição do modelo de atenção, que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

A partir do SUS, é possível observar mudanças mediante um intenso processo de descentralização orientado pela edição das NOBs e NOAS. Consideradas diferentes entre si, as três NOBs da década de 1990 – NOB 91, NOB 93 e NOB 96 –, bem como as duas NOAS dos anos de 2001 e 2002 são instrumentos de regulação do processo de descentralização e tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para Estados e Municípios.

Conforme o CONASEMS (2006), é fundamental reconhecer o limite do campo de regulação dessas normas, já que não dão conta dos vários problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro.

Segundo Campos (2006, p. 142), a regulamentação do “processo de descentralização não se completou, existem omissões, pontos dúbios e ambíguos, levando à definição imprecisa da responsabilidade sanitária deste ou daquele ente federado”. No que se refere à descentralização dos recursos, o mesmo autor (2006) observa que grande parte dos recursos

do orçamento da União destinados ao Ministério da Saúde é repassada de forma automática e regular aos Estados e Municípios. Falta a eles, no entanto, autonomia ou poder para elaborar seus próprios projetos e modelos que, em geral, já vêm pré-definidos pelo Ministério da Saúde.

Assim:

Embora a capacidade de reconhecer e de lidar com diferenças seja considerada um dos aspectos vantajosos dos sistemas descentralizados, o empenho diferente de cada município em implantar o SUS, a adesão ou não a programas e ações considerados prioritários e essenciais, a diferença de ritmo no atendimento a necessidades de saúde da população, tudo isso tem comprometido a legitimidade da política de saúde brasileira nos últimos anos (CAMPOS, 2006, p. 142).

Em 2006, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, que apresenta a proposta de ser revisado anualmente e segue os mesmos princípios constitucionais do SUS, tendo como foco as necessidades de saúde da população. É composto por Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

O Pacto pela Vida é formado por um conjunto de compromissos sanitários definidos como prioridades pelas três esferas de governo, como resultado da análise da situação de saúde no País. Dentre suas ações, estão: implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; redução da mortalidade por câncer de colo de útero e de mama, bem como da mortalidade materna, infantil e neonatal; melhoria da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias (com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza); promoção da saúde por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde⁴; e atenção básica à saúde⁵ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O Pacto em Defesa do SUS envolve as três instâncias federativas e tem como meta principal implementar um projeto permanente de mobilização social para mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos. Busca defender os preceitos basilares do SUS, inscritos na Constituição Federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

⁴ A Política Nacional de Promoção da Saúde enfatiza a adoção de hábitos saudáveis por parte da população, incentiva a prática de atividade física regular, alimentação saudável e o combate ao tabagismo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

⁵ A Atenção Básica à Saúde visa a consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família (PSF) como modelo e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

O Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades sanitárias da União, dos estados e municípios e, assim, fortalece a gestão compartilhada e solidária do SUS. Define as diretrizes para a gestão do SUS, tais como a regionalização e descentralização (considerando as singularidades regionais), o financiamento, a pactuação entre municípios e regulação, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O Pacto pela Saúde é mais um passo na busca pela superação dos desafios enfrentados pelo SUS ao longo de sua existência. A extensão territorial brasileira tem dificultado a implantação desse pacto, tendo em vista a inviabilidade de padronização de normas e procedimentos para tão distintas regiões, já que problemas regionais demandam soluções específicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Entendendo-se que o usuário da Saúde não é apenas um corpo doente, mas também resultado do conjunto de condições em que vive (CRESS, 2005), não se pode deixar de ressaltar a importância da Reforma Curricular pela qual tem passado o Curso de Medicina, na busca pela integralidade. Segundo Pereima (2005), o atual currículo integrado de Medicina apresenta conteúdos programáticos voltados às necessidades de saúde da população e enfatiza a interação comunitária, que vem permeando todas as fases do curso, visando à formação humanística, ética, crítica e reflexiva do acadêmico.

1.2 CENÁRIO DE PRÁTICA

O interesse pelo tema do presente estudo surge ao longo da formação acadêmica da aluna, e a reflexão se aprofunda na efetivação do Estágio Curricular Obrigatório desenvolvido no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), mais especificamente, na unidade neonatal da maternidade, no período de 08/05 a 06/09/2006.

1.2.1 O Hospital Polydoro Ernani de São Thiago (HU): relembando sua história

Para lembrar a história do HU utiliza-se, entre outros, Bezerra (2006).

A necessidade de haver um hospital-escola apresenta-se desde 1959, com a criação da Faculdade de Medicina de Santa Catarina, para que os estudantes da área da Saúde tenham um local onde se exercitar para a prática profissional. Essa necessidade torna-se mais premente com a criação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 1962, à qual se integram a Faculdade de Medicina e outras faculdades.

De acordo com Pereima (2005), outras faculdades até então funcionando de forma isolada – Serviço Social, Direito, Ciências Econômicas, Catarinense de Filosofia e de Farmácia e Odontologia – passam a fazer parte da UFSC.

Em 1962, é solicitado, na gestão do reitor David Ferreira Lima, o planejamento inicial do hospital-escola, cujos objetivos são prestar assistência à comunidade, ensinar e apoiar alunos da universidade em pesquisas na área da saúde.

Em 1963, o diretor do Hospital das Clínicas de São Paulo, Odair Pacheco Pedroso, é nomeado consultor hospitalar para a construção do HU. Em 1964, o projeto é aprovado pelo Ministério da Educação e Cultura. Os recursos são obtidos por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento das Instalações de Ensino Superior. As obras de construção, iniciadas em 1965, são interrompidas em 1971 e finalizadas em 1977, ano em que se inicia a aquisição de materiais para aparelhamento e equipamento do hospital. A comissão para implantação da instituição é designada em novembro de 1978, por portaria do Reitor Gaspar Stemmer.

A contratação de funcionários, anteriormente dificultada por um decreto que proíbe a contratação de servidores, inicia-se em março de 1980, data em que toma posse a primeira Diretoria Geral do HU, quando assume como diretor o médico e professor Polydoro Ernani de São Thiago. No mesmo mês, o HU inicia seu atendimento à comunidade como unidade ambulatorial. Finalmente, em 02/05/1980, o hospital é inaugurado pelo Professor Polydoro Ernani de São Thiago, cujo nome é atribuído à referida instituição.

O HU é uma instituição pública federal ligada à UFSC e ao Ministério da Educação, e suas diretrizes políticas são: ensino, pesquisa, extensão e formação de profissionais na área da saúde, além de promover a saúde da população. Fazem parte de seu corpo clínico professores dos departamentos do Centro de Ciências de Saúde, que utilizam o HU como centro de ensino e de pesquisa. Os médicos e demais profissionais de Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Nutrição e setores afins, como a Psicologia, a Odontologia, a Engenharia Biomédica e o Serviço Social, que têm elevados índices de qualificação e titulação, aliados ao grande interesse na pesquisa e prática clínicas, conferem ao HU grande força e prestígio social e comunitário.

O hospital oferece atendimento de emergência, ambulatorial e de internação nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, maternidade, pediatria e tocoginecologia. O atendimento de emergência funciona 24 horas e o hospital tem capacidade para atender, em média, 400 pacientes por dia. O hospital é um centro de atendimento público e gratuito, que atende exclusivamente pelo SUS, sendo considerado referência estadual em patologias complexas, com elevada demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte. (HU, 2007).

Vale ressaltar um momento novo na trajetória histórica do HU, devido à perspectiva de sua atuação na área de transplantes, em um futuro próximo: a designação da “Comissão para Implantação da Escola de Transplantes de Órgãos Sólidos e Tecidos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina”, conforme a Portaria 024/DG-HU/2006, de 19/04/2006, do HU. Atualmente, estão sendo construídas, junto ao hospital, as instalações próprias para esse fim, as quais se encontram em fase de acabamento.

1.2.2 A Maternidade do HU

Em 1984, é constituída a Comissão Pró-implantação da maternidade, formada por uma equipe de enfermeiras da área materno-infantil do HU e docentes do Departamento de Enfermagem e Pediatria da UFSC. (UFSC, s.d.)

Em 1987, é inaugurada a área física, construída com recursos do então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), mas não é ativada inicialmente, por falta de recursos humanos. (UFSC, s.d.)

Em abril de 1988, há a designação oficial da Comissão de Implantação da Maternidade, formada por profissionais de Administração, Serviço Social, Economia, Farmácia-bioquímica, Psicologia, Medicina e Enfermagem, que representam o HU, além de docentes dos departamentos de Pediatria, Nutrição, Enfermagem e Obstetrícia. A equipe atua até 1989, quando, por razões político-administrativas, os trabalhos são interrompidos por quatro anos. (UFSC, s.d.)

Em 1992, com a nova direção do HU, a ativação da Comissão da Maternidade volta a ser meta prioritária, e a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Educação e Cultura financiam sua implantação, bem como as reformas necessárias. Os profissionais de nível superior são remanejados do antigo INAMPS, e os de nível médio, contratados com recursos próprios. (UFSC, s.d.)

Em 1994, é realizado concurso público para ativação da maternidade e, em 24 de outubro de 1995, ela é finalmente inaugurada, tornando-se referência em todo o Estado, no atendimento à gestação e ao parto, ao recém-nascido e à família. (UFSC, s.d.)

A Comissão de Implantação da Maternidade transforma-se no Grupo Interdisciplinar de Assessoria à Maternidade (GIAM) e, no início de seu funcionamento, já discute a presença de um acompanhante no parto. O acompanhante passa, então, a ser aceito, desde a internação da gestante até sua alta, sob a condição de ele haver participado das consultas do pré-natal. (UFSC, s.d.)

A partir de 1998, o grupo, que já vem discutindo a questão do “parto humanizado”, formula um projeto a fim de permitir oficialmente o acompanhamento no momento do parto. A proposta é encaminhada aos deputados e aprovada em âmbito estadual. Em 2005, é aprovada na esfera federal a Lei 11.108/2005 ou Lei do Acompanhamento, que garante a toda gestante a presença de um acompanhante, não somente durante o período de trabalho de parto e parto, como também no pós-parto. (HU, 2007)

A equipe interdisciplinar da maternidade atua no incentivo ao aleitamento materno, nos cuidados básicos de saúde, no planejamento e fortalecimento do vínculo familiar, no desenvolvimento da confiança e da capacidade materna de cuidar do filho. (BEZERRA, 2006)

O trabalho da maternidade tem por base a filosofia da humanização do parto por meio de atendimento personalizado e assistência integral à mulher, ao recém-nascido e à família, considerando seus aspectos socioeconômicos e culturais, dando a devida importância ao papel do pai e estimulando sua participação no desenvolvimento da paternidade. O bom acolhimento é primordial para o estabelecimento de uma boa relação entre a equipe de profissionais e a família do paciente.

A maternidade do HU

[...] tem como filosofia de assistência a humanização do atendimento à mãe, ao bebê e à família. Subordina-se à prestação de serviços (assistência médica), ao papel educativo da instituição, transferindo informações e educando a população, contribuindo, assim, para a criação de uma cultura de saúde (UFSC, s.d., p. 3).

Com o atendimento humanizado, a gestante passa a ter o direito de escolher o tipo de parto (horizontal ou de cócoras), e a cesárea é uma decisão médica. Cumpre-se o direito legal que tem a mulher de escolher um acompanhante para o parto. Reconhece-se a importância do papel do pai, tanto para o RN quanto para a mãe, razão pela qual é estimulada sua participação no desenvolvimento da paternidade. (BEZERRA, 2006)

Além disso, adota-se a prática do Método Mãe Canguru (MMC), com o objetivo de diminuir a permanência do RN na unidade de neonatologia e até mesmo na maternidade. (UFSC, s.d.)

Os projetos e as rotinas desenvolvidos na maternidade e a prática da humanização no atendimento propiciam ao HU o título de Hospital Amigo da Criança⁶, oferecido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 17 de dezembro de 1997. (HU, 2007)

Hoje, a maternidade é reconhecida nacionalmente como centro de excelência em assistência obstétrica. (HU, 2007)

A maternidade está localizada no primeiro andar do HU e tem 22 leitos. Com média de atendimentos de 1700 partos por ano, em 2000, chega a realizar 1767 partos, 31% dos quais são cesáreas e 69%, normais. Nesse ano, a maternidade recebe o prêmio Professor Galba de Araújo, pela média de 50% de partos verticais (em cadeira de cócoras).

Junto à maternidade funciona um posto de atendimento do Cartório Maria Alice Acelom⁷, do Bairro Trindade, para registro de nascimentos, o que facilita a vida dos pais e contribui para diminuir o número de crianças não registradas. Para outros tipos de registro, como o de óbito, por exemplo, a funcionária do posto orienta e encaminha o usuário para a matriz do cartório.

Os serviços oferecidos na maternidade são: enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social, fonoaudiologia, obstetrícia, neonatologia⁸ e Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM). Os setores que compõem a maternidade são: Triagem Obstétrica, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto (AC), Unidade de Neonatologia e Lactário. (BEZERRA, 2006)

No sistema de AC, utilizado pela maternidade, o bebê permanece com a mãe desde o nascimento, o que favorece o vínculo afetivo entre mãe, RN e família. Nesse período, cumpre-se o direito de a mãe ter um acompanhante, nas 24 horas do dia. (BEZERRA, 2006)

No que tange ao tema, Casanova e Ségre (1994, p. 17) esclarecem ainda que:

⁶ A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, idealizada em 1990 pela OMS e UNICEF, que estimula e certifica as instituições que adotam as práticas de promoção, proteção e apoio à amamentação, foi incorporada pelo Ministério da Saúde como ação prioritária em 1992 e, desde então, com o apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, capacita profissionais, realiza avaliações e estimula a rede hospitalar para o credenciamento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

⁷ Os postos de atendimento de cartório, nas maternidades, foram criados pela Portaria 938/GM, de 20/05/2002, do Ministério da Saúde, na tentativa de diminuir o grande número de brasileiros não registrados.

⁸ Neonatologia é a “Especialidade médica que trata do conjunto de cuidados médicos e preventivos administrados ao recém-nascido e subsidiariamente à mãe, desde o nascimento até o 28º dia de vida da criança” (REY, 2003, p.203).

O Alojamento Conjunto (AC) já existia em muitas maternidades no fim do século XIX; a partir de então existiu sempre nos países europeus, mas demorou a ser implantado nos países americanos. No Brasil, sua implantação iniciou-se a partir dos anos 70 quando os recém-nascidos normais, a termo, passaram a ficar em companhia de suas mães logo após o nascimento e estas, por sua vez, adquiriram o direito de ver, tocar, aninhar, aconchegar e amamentar livremente seus filhos.

Diniz e Santoro Júnior (1994) esclarecem que o AC destina-se ao RN sadio, isto é, não portador de patologias que o impeçam de estar junto de sua mãe, bem como à mãe sadia que, igualmente, possa estar ao lado de seu filho. Os autores citam condições que justificam a exclusão de RNs do AC, como peso menor do que 2500 gramas, filho de mãe diabética, infecções congênicas, doença hemofílica perinatal e qualquer patologia que implique o uso de medicações parenterais.

Assim, o RN de baixo peso, prematuro ou, ainda, que tenha nascido com alguma enfermidade permanece internado na Unidade de Neonatologia, mesmo após a alta da mãe, o que ocorre em 48 horas no parto normal e em 72 horas na cesariana (UFSC, s.d.).

1.2.3 A Unidade de Neonatologia

Os primeiros relatos sobre neonatologia referem-se a ambientes privativos, com rigorosa assepsia, conduzidos e controlados por médicos e enfermeiros, onde é vedado o acesso aos pais e familiares. Essa prática perdura até a década de 1960, quando estudos demonstram que um elevado número de crianças nascidas prematuramente é vítima de negligência ou maus tratos por parte de suas mães, possivelmente, devido ao afastamento entre mãe e filho (MEDEIROS; MUNHOZ JÚNIOR; PEREIRA, 2003).

Essa concepção de privacidade vem mudando desde então, ao mesmo tempo em que outras profissões são incorporadas à equipe das Unidades de Neonatologia.

Sobre o assunto, Linhares *et al.* (1999, p. 246) comentam que

O atendimento ao recém-nascido internado em UTI-Neonatal, embora ainda em muitos hospitais seja quase sempre restrito aos médicos e enfermeiros, vem mostrando um movimento crescente de formação de equipes multidisciplinares incluindo outros profissionais, tais como psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e assistente social.

Além disso, o ambiente de uma Unidade de Neonatologia, mais especificamente, da UTI-Neonatal, tão familiar aos profissionais de saúde, segundo Lamy, Gomes e Carvalho

(1997, p. 293), pode apresentar-se aos pais como um cenário assustador e provocar insegurança.

Sobre o acesso ao ambiente neonatal, Linhares *et al.* (1999, p. 247) comentam que “A visita ao bebê na UTI tem sido regulamentada nos hospitais com variações, desde um esquema fixo e rígido de horários de visita até a ausência de restrição, com livre acesso dos familiares”.

No caso do HU, não há restrição de horários para a entrada ou permanência dos pais na Unidade de Neonatologia. Ao contrário, eles são incentivados a acompanhar seu RN, o que contribui para o fortalecimento dos laços familiares, interfere de maneira positiva na recuperação do bebê e diminui, em muitos casos, o tempo de internação. Sabe-se que a neurociência tem estudos que comprovam os benefícios do contato precoce das famílias com seus RNs prematuros.

Durante todo o tempo em que os prematuros permanecem na unidade neonatal, as mães são incentivadas e orientadas quanto à ordenha do leite e esclarecidas sobre a importância da sua permanência no HU, mesmo que o bebê ainda não esteja mamando no peito. Nesse caso, as mães retiram seu leite na sala de ordenha do CIAM e guardam-no para a hora da mamada.

A Unidade de Neonatologia do HU, implantada em 1995 (HU, 2007), tem sua equipe atualmente composta por um escriturário, 35 auxiliares de enfermagem e técnicos, oito enfermeiros, 13 médicos, dois fonoaudiólogos e, também, um nutricionista, um psicólogo e um assistente social. Os três últimos citados dividem sua atuação entre essa unidade e outras unidades do HU.

Segundo Medeiros, Munhoz Júnior e Pereira (2003), com base em Almeida, a Unidade de Neonatologia deve ter, no mínimo, sala de admissão de RN, sala para RNs em observação (opcional), sala de cuidados intermediários, sala de cuidados especiais e sala de isolamento.

Diniz e Santoro Júnior (1994) caracterizam cada uma das salas, sendo a de admissão aquela onde o RN de parto não-contaminado recebe os primeiros cuidados e permanece durante as quatro primeiras horas de vida. Cada sala deve ter, no máximo, seis berços e área mínima de 2,50m² por berço.

A sala para RNs em observação é opcional. Destina-se àqueles com mais de quatro horas de vida e que, embora não apresentem patologia, por algum motivo, não podem permanecer no AC. Cada sala deve ter, no máximo, quatro berços, com área não menor do que 2m² para cada um e distância mínima de 60cm entre eles.

A sala de cuidados intermediários destina-se aos RNs que necessitam de tratamento não infeccioso mais simples ou aos que já tenham vencido a fase mais aguda de sua doença, mas ainda inspiram cuidados específicos de enfermagem. Cada uma das salas deve ter seis berços, e cada um ocupar uma área de 2 a 2,50m², com espaço de 60cm entre eles.

A sala de cuidados especiais inclui a unidade de tratamento intensivo (UTI), sendo destinada aos RNs de alto risco que necessitam de recursos humanos e físicos especializados, por dependerem de cuidados médicos hospitalares ininterruptos. Deve conter, no máximo, quatro berços, em área individual de 2,50 a 5m², com distância mínima de 80cm entre eles.

A sala de isolamento destina-se aos RNs com processo infeccioso, os quais nela permanecem até receberem alta. Cada sala deve ter no máximo seis berços, com área mínima de 2,50m² e distância mínima de 80cm entre eles. Deve-se manter a proporção de um berço de isolamento para cada 20 RNs.

A Unidade de Neonatologia do HU dispõe de uma sala de cuidados mínimos, com quatro leitos; uma sala de cuidados intermediários, com seis leitos; uma UTI neonatal, com seis leitos; uma sala de isolamento, com um leito; e um hotelzinho⁹, com quatro leitos e duas poltronas.

Considerando-se os parâmetros citados, no caso específico do HU, a Unidade de Neonatologia apresenta dois leitos a mais na UTI neonatal. A sala de observação funciona juntamente com a sala de cuidados mínimos. Não há sala de admissão, e as crianças que vêm do centro obstétrico, do AC ou de outras maternidades podem ser admitidas diretamente na UTI neonatal ou nas outras salas da unidade, de acordo com os cuidados requeridos.

Junto à Unidade de Neonatologia também se localiza a unidade mãe-bebê, destinada à prática da segunda etapa do Método Mãe Canguru (MMC). Esse espaço, provisoriamente ocupado pela pediatria devido a reformas, atualmente está liberado, mas não utilizado.

Na Unidade de Neonatologia, o MMC inicia-se com o contato precoce, ainda na UTI neonatal, tão logo as condições clínicas dos RNs o permitem. A segunda etapa é praticada com alguns bebês internados nas salas de cuidados intermediários e mínimos. A terceira etapa, com a alta precoce, somente ocorre com os bebês que residem próximo ao HU e possam retornar ao hospital duas vezes por semana, até que atinjam o peso de 2kg. Esse retorno, que deve ser feito na Unidade Mãe Canguru, com acomodações apropriadas e mais confortáveis, é atualmente realizado na Unidade de Neonatologia.

Sobre o número de leitos na UTI Neonatal, Terres (2005, p. 48) comenta que:

⁹ Hotelzinho é o nome atribuído, em algumas maternidades, ao alojamento destinado à acomodação das mães que acompanham os RNs internados na Unidade de Neonatologia.

Vale assinalar que no que tange à oferta de leitos em UTI Neonatal na maternidade do HU, à primeira vista, pode-se dizer que se trata de um número muito baixo, mas se formos observar o que ocorre em nível estadual, veremos que a situação também não é ideal para o atendimento adequado às demandas de saúde apresentadas pelas gestantes de alto-risco, e seus recém-nascidos.

Segundo a UFSC (s.d., p. 6), “As mães que obtiveram alta, cujos bebês estiverem internados na UTI-Neonatal, ocupam o ‘Hotelzinho’ da maternidade, o que permite o reforço da amamentação e o vínculo afetivo entre ambos”.

Cabe considerar que:

Com o avanço da medicina em geral e da neonatologia, em específico, cada vez mais novas tecnologias são incorporadas na assistência ao recém-nascido. Essa incorporação pode, em algumas situações, transformar o bebê em um objeto de cuidados e seus pais, em meros observadores. Nesse sentido, faz-se necessário que, paralelamente ao desenvolvimento tecnológico, seja promovida uma assistência humanizada, que reconheça o bebê enquanto sujeito com individualidades, mantendo relações com o seu cenário social (LAMY; GOMES; CARVALHO, 1997, p. 294).

Murahovschi (1995) recomenda algumas medidas, como, por exemplo, identificar a incubadora com o nome ou apelido do RN e solicitar à família brinquedos apropriados, que possam ser colocados na incubadora. Recomenda, ainda, que se dê apoio aos pais, mantendo-os informados sobre o estado de saúde do RN e orientados quanto à pós-alta. Deve ser permitida e incentivada, ainda, a entrada livre dos pais na unidade neonatal. O aleitamento materno deve ser incentivado, bem como a prática do MMC.

Convém assinalar que todas essas recomendações, dentre outras, são colocadas em prática na Unidade de Neonatologia da Maternidade do HU. A importância disso está no fato de que, como bem referem Lamy, Gomes e Carvalho (1997, p. 293) “[...] a recuperação do bebê não depende unicamente dos cuidados médicos, mas também dos cuidados e do carinho que possa vir a receber de seus pais. Dessa forma, a atitude do profissional de saúde deve primar por promover a aproximação dos pais”.

1.3 O RECÉM-NASCIDO

Recém-nascido ou neonato é o termo clínico usado em pediatria para designar todas as crianças desde o nascimento até atingirem os 28 dias de vida. A partir dessa data e até o fim do primeiro ano de vida, a criança passa a ser designada por lactente. (WIKIPÉDIA, 2007)

1.3.1 Compreendendo a Prematuridade

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), recém-nascido prematuro ou pré-termo (RNPT) é aquele que nasce com 20 a 37 semanas completas de idade gestacional (IG). Os nascidos entre a 38^a e a 42^a semana são os denominados a termo e os que nascem após a 42^a semana são os pós-termo.

A IG é considerada a partir do primeiro dia da última menstruação. No entanto, muitas vezes, as mães têm ciclo menstrual irregular ou sangramento pós-menstrual que confundem com ciclo menstrual normal ou mesmo não sabem informar a data de ocorrência da última menstruação, o que pode dificultar sua determinação. (MIURA; PROCIANOY, 1997)

Segundo Linhares *et al.* (1999), a IG é difícil de ser medida com precisão e, freqüentemente, o indicador de baixo peso a substitui. A prematuridade pode, então, ser definida pelo peso igual ou menor do que 2500 gramas, que caracteriza os RNs denominados de baixo peso. Uma subdivisão classifica-os em muito baixo peso, quando nascem com peso inferior a 1500 gramas, e em extremamente baixo peso, aqueles com peso menor do que 1000 gramas. Com os avanços da medicina, tem sido possível a sobrevivência de RNs cada vez menores, alguns pesando 500 ou 600 gramas.

Linhares *et al.* (1999) também afirmam, com base em Lubchenco, que o peso de nascimento é tão importante quanto a idade gestacional, pois ambos desempenham papel relevante na maturidade de vários sistemas em RNPTs.

Entretanto, Corrêa (1998) informa que existe uma outra categoria de RNs que se caracteriza pelo crescimento intra-uterino retardado, podendo ser confundidos com os RN pré-termo ou com aqueles de baixo peso.

O Manual Merk (2006) cita como aspectos físicos de um RN prematuro: tamanho pequeno; baixo peso ao nascimento; pele fina, brilhante e rosada; veias visíveis sob a pele; pouca gordura sob a pele; cabelo escasso; orelhas finas e moles; cabeça relativamente grande; hipodesenvolvimento do tecido mamário; músculos fracos e atividade muscular reduzida (ao contrário de um lactente a termo, um lactente prematuro tende a não elevar os membros

superiores e inferiores); reflexos de sucção e de deglutição fracos; respiração irregular; escroto pequeno, com poucas pregas (meninos); grandes lábios que ainda não recobrem os pequenos lábios (meninas).

Diversas estratégias e intervenções têm sido utilizadas na tentativa de reduzir o impacto do parto prematuro e, dentre elas, citam-se a adoção de melhores métodos de identificação das pacientes em risco de tal ocorrência, a terapêutica tocolítica (medicações que fazem cessar as contrações uterinas) e a terapêutica visando à redução da morbidade¹⁰ neonatal subsequente, em casos em que a terapêutica tocolítica não é eficaz (WILLIAMS, 1994).

O parto prematuro pode ser resultado de três condições clínicas: ruptura precoce da membrana amniótica (ruprema), parto induzido (devido a patologia materna ou fetal) ou trabalho de parto espontâneo (ou idiopático¹¹). Alguns dos órgãos internos do RN podem não ter se desenvolvido totalmente, expondo-o a maiores riscos (MILANEZ, 2005).

É importante ter-se em conta que “O nascimento prematuro constitui-se em agressão ao feto, uma vez que, em sua última etapa intra-uterina, ele apresenta órgãos em fase de desenvolvimento, com imaturidade morfológica e funcional” (TRINDADE, 1995, p. 512). Assim sendo, os RNs prematuros, devido ao fato de nascerem antes de seus sistemas estarem totalmente desenvolvidos, ficam mais sujeitos a riscos.

Segundo Carvalho, Linhares e Martinez (2001), baseados em Usher, essas crianças estão sujeitas a complicações no período neonatal, devido a doenças como, por exemplo, dificuldade respiratória, excessiva icterícia¹², doenças metabólicas, infecções, danos cerebrais e prejuízo neurológico ou neurossensorial.

Dependendo da gravidade de cada situação, pode haver comprometimentos futuros, porém, em geral, não há como prever qual área será afetada e o quanto; por isso, faz-se necessário acompanhamento cuidadoso dos RNs prematuros ao longo de seu desenvolvimento. Sem dúvida, a melhor forma de evitar ou minimizar a maioria das complicações é a prevenção, o diagnóstico completo e o tratamento eficaz dos problemas (PUPO FILHO, 2007).

¹⁰ Em patologia, “morbidade” designa estado de doença e, em estatística, refere-se ao número de casos de doença ou de pessoas doentes em uma população, em um dado período de tempo. É o mesmo que morbilidade (REY, 2003, 597).

¹¹ Idiopatia significa “de doença que não é consequência de outra” (NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO, 1975, p. 739).

¹² Icterícia significa “coloração amarelada da pele e das mucosas causada pela impregnação de bilirrubina.” (GRANDE DICIONÁRIO LAROUSSE CULTURAL DA LÍNGUA PORTUGUESA, 1999, p. 504)

Corrêa (1998) relata que, na tentativa de identificar os fatores de risco de parto prematuro e de determinar a influência de tais fatores sobre esse tipo de parto, têm sido criadas e divulgadas algumas tabelas. Estas, baseadas na epidemiologia e nos fatores de risco identificados no exame clínico, são, no início, utilizadas com bastante entusiasmo. Todavia, logo são abandonadas, porque se percebe que, na prática, têm pouca utilidade, já que um mesmo fator influencia de forma diferente cada paciente.

Em geral, desconhece-se a razão pela qual uma criança nasce prematuramente. Contudo, o risco de um parto prematuro é mais elevado nas mulheres solteiras e naquelas de baixa renda e de baixo nível educacional. O cuidado pré-natal inadequado, a nutrição deficiente ou uma doença ou infecção não tratada durante a gravidez também contribuem para o aumento do risco de um parto prematuro. Por razões desconhecidas, as mulheres da raça negra são mais propensas a ter um parto prematuro que aquelas que pertencem a outros grupos étnicos (MANUAL MERCK, 2006).

Corrêa (1998), no entanto, considera válida a tentativa de identificação dos fatores de risco relacionados a parto prematuro e classifica os mais aceitos, de acordo com os seguintes grupos: fatores demográficos, fatores relacionados aos hábitos de vida e fatores relacionados às condições socioeconômicas da gestante. Como fatores demográficos, cita a idade (inferior a 16 anos e acima de 40), raça (mais freqüente na raça negra do que na branca), estado civil (maior incidência nas solteiras, com associação a outros fatores), peso (abaixo do adequado, antes ou durante a gestação) e outros. Os fatores relacionados aos hábitos de vida são: tabagismo, alcoolismo, drogas, desnutrição, atividade física excessiva etc. Dentre os fatores que se relacionam às condições socioeconômicas da gestante estão precariedade de higiene, trabalho excessivo, promiscuidade sexual etc.

Acrescentam-se, ainda, os fatores relacionados aos antecedentes ginecológicos (alterações uterinas congênitas ou adquiridas); fatores relacionados aos antecedentes obstétricos (o risco é maior em pacientes com parto prematuro anterior, por exemplo); fatores relacionados às intercorrências gestacionais de origem fetal (gemelidade, malformação fetal etc.), dos anexos fetais (rotura prematura pré-termo das membranas amnióticas, polidrâmnio e outras), da placenta (deslocamento prematuro da placenta, placenta prévia etc.) ou da gestante (necessidade de indução do parto, infecções etc.); fatores relacionados ao tipo de assistência pré-natal (se for feita e de maneira adequada, as possibilidades de prevenção são maiores);

fatores relacionados à iatrogenia¹³ (quando as condições intra-uterinas não são propícias ao feto ou por indução eletiva do parto e da cesariana programada) (CORRÊA, 1998, p.178-181).

Pupo Filho (2007) afirma que são inúmeras as causas de nascimentos prematuros, dentre as quais estão as relacionadas ao aparelho genital feminino, como as alterações da placenta e o excesso de líquido amniótico etc. Cita outros fatores, como a idade materna (maior incidência entre as mães mais jovens), as infecções maternas, a primiparidade¹⁴ etc.

Chaves Netto (1998) divide os fatores de risco para a prematuridade em: gerais (baixo nível socioeconômico, desnutrição, tabagismo, alcoolismo, drogas ilícitas, ausência de pré-natal ou assistência inadequada e traumatismo), obstétricos (gemelidade, polidramnia¹⁵, oligodramnia¹⁶, amniorrexe prematura¹⁷, infecção amniótica, partos prematuros anteriores, malformações fetais, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia), ginecológicos (malformações uterinas, amputação do colo uterino, miomas, infecção genital) e clínico-cirúrgicos (infecção urinária, doenças sistêmicas, procedimentos cirúrgicos).

Linhares *et al.* (1999) citam, como fatores que influenciam o nascimento de RNs prematuros, a desnutrição materna e o grande número de cesarianas, principalmente nas regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste.

Sobre isso Corrêa (1998, p.179) afirma que:

Para Taylor (1985), a incidência de prematuridade é duas a três vezes maior entre indigentes do que nas pacientes de clínica privada. Os problemas da prematuridade são sociais, e não obstétricos. Quando forem reduzidos, as taxas de parto pré-termo cairão à metade ou a um terço das atuais.

Ainda sobre o assunto referido acima, Corrêa (1998, p. 174) relata que:

Vários fatores tornam difícil saber, com exatidão, qual é a incidência de parto pré-termo. Ela varia com o tipo de população estudada, com a qualidade da assistência pré-natal, com as características da instituição assistencial onde se faz a pesquisa e com a própria conceituação de parto pré-termo. Sabe-se, por exemplo, que o parto pré-termo é mais freqüente nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, onde, na maioria das vezes, as condições socioeconômicas das pacientes são desfavoráveis à evolução da gravidez.

¹³ Iatrogenia é “Estado ou condição adversa, induzida por um médico” (DICIONÁRIO MÉDICO ENCICLOPÉDICO TABER, 2000, p. 915).

¹⁴ Primípara é a fêmea que dá à luz pela primeira vez (NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO, 1975, p. 1138).

¹⁵ Polidramnia é “Volume de líquido amniótico bem acima do normal” (REY, 2003, p. 709).

¹⁶ Oligodramnia refere-se a “Quantidade anormalmente pequena de líquido amniótico” (DICIONÁRIO MÉDICO ENCICLOPÉDICO TABER, 2000, p. 2279).

¹⁷ Amniorrexe prematura designa a ruptura espontânea, antes do parto, das membranas (âmnio e cório) (REY, 2003, p.47).

Conforme dados estatísticos do Ministério da Saúde (2002, p. 16), nascem em todo o mundo, anualmente, 20 milhões de crianças prematuras e com baixo peso, e um terço delas morre antes de completar um ano de vida.

Acrescente-se, segundo Zucchi (2006, p. 27) que:

Em termos de saúde coletiva, a prematuridade associada ao baixo peso ao nascer tende a ser considerada uma questão de muita importância, em razão de sua significativa prevalência em torno de 10% em quase todo o mundo, a despeito das diferenças de níveis de desenvolvimento entre os países.

De acordo com Milanez (2005, p. 10), a incidência mundial de prematuridade, mantida anteriormente em torno de 5% a 7% nos países industrializados e 10% a 15% nos subdesenvolvidos, nos últimos anos, tem apresentado tendência a aumentar. Segundo Zucchi (2006), a prematuridade é responsável por 70% da mortalidade neonatal.

A mortalidade neonatal juntamente com a pós-natal compõem a Taxa de Mortalidade Infantil¹⁸ (TMI) (BERCINI, 1994).

A prematuridade é um dos fatores relacionados aos índices de mortalidade e também à qualidade de vida daqueles que a ela sobrevivem. Os avanços tecnológicos permitem a sobrevivência de crianças cada vez mais prematuras e menores, mas as seqüelas resultantes podem ser graves e penosas, tanto para a criança como para a família. Vários estudos epidemiológicos têm sido desenvolvidos a fim de investigar os fatores de risco para a prematuridade, com objetivo de diminuir esses índices (ZUCCHI, 1999).

Sobre esse aspecto, Linhares *et al.* (1999, p. 246) escrevem:

A prematuridade é uma condição preocupante pelo risco que representa. Porém, com os investimentos em atendimento médico especializado em UTI-Neonatal (Unidade de Tratamento Intensivo), deparamo-nos com uma nova realidade na área da saúde brasileira: muitos bebês de altíssimo risco estão sobrevivendo [...].

A sobrevivência dos RNs prematuros é, sem dúvida, um desafio. Atualmente a evolução tecnológica possibilita o aumento da sobrevivência dessas crianças, mas não reduz a morbidade inerente a tal condição. Apresenta-se, então, uma nova realidade: um número cada

¹⁸ Mortalidade infantil consiste no número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade, observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano, referido ao número de nascidos vivos do mesmo período. É habitualmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de um ano, a cada mil nascidos vivos (WIKIPÉDIA, 2007).

vez maior de crianças sobreviventes das unidades intensivas neonatais com déficits sensoriais, motores e dificuldade de aprendizagem (SILVA, 2002).

1.3.2 As Políticas de Proteção ao Recém-nascido Prematuro

No Brasil, onde convivem a extrema concentração de renda e a miséria, há o agravamento da questão social, com precarização da qualidade de vida da maior parte da população. À pobreza contemporânea aliam-se as desigualdades socioeconômicas, e urge a necessidade da criação de mecanismos de proteção aos direitos, incluindo-se o direito à saúde, garantido pela Constituição Federal de 1988.

Define-se a desigualdade socioeconômica como a distribuição não equitativa de bens e serviços entre grupos sociais. Os padrões de desigualdade em saúde mudam no espaço e no tempo. As desigualdades podem ainda sofrer agravamento, provocado por determinantes demográficos e ambientais, acesso aos bens e serviços de saúde e políticas sociais (DUARTE *et al.*, 2002).

A política de saúde é constituída por um conjunto de planos. Cada plano é formado por um conjunto de programas que podem ser mais ou menos abrangentes, dependendo de decisões técnicas e políticas. Os programas de saúde são conjuntos de normas, rotinas, atividades e ações, que objetivam otimizar os recursos e a relação custo-benefício no atendimento a determinados grupos populacionais (SANTORO JÚNIOR, 2001).

As políticas de Saúde devem estar coordenadas com as demais para melhor atender seus objetivos, isto é, assegurar o bem-estar físico e social, melhorar as condições de sobrevivência (SANTORO JÚNIOR, 2001).

Costa (2000, p. 41) confirma a importância dessa coordenação ao assinalar que “[...] o sistema de saúde deveria articular suas ações com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como é o caso da habitação, do saneamento, das condições de trabalho, da educação etc.”.

Há forte consenso de que os indivíduos expostos a condições econômicas e sociais desfavoráveis apresentam piores condições de vida. Estudos epidemiológicos¹⁹ têm sido

¹⁹ “A palavra *epidemiologia* vem do grego antigo, em que *episi* significa *sobre*, *demos* denota *população* e a forma combinada *logia* significa *estudo*. Portanto, a epidemiologia é o estudo de alguma coisa que aflige (afeta) uma população. Geralmente, a epidemiologia é definida como o estudo dos fatores que determinam a ocorrência e a distribuição da doença na população” (JEKEL; ELMORE; KATZ, 2005, p. 13).

usados na tentativa de entender as relações existentes entre desigualdades socioeconômicas e desigualdades em saúde (DUARTE *et al.*, 2002, p. 20).

Além disso, segundo Paiva e Ouriques (2006, p. 173),

[...] nenhuma autoridade pode alegar que no Brasil faltam recursos para atender demandas de habitação, assistência social, saúde ou educação. Trata-se aqui de enfrentar o limite político dos movimentos sociais e sua timidez ideológica e organizativa para enfrentar o caráter de classe do Estado e as limitações políticas de um governo que atende prioritariamente a valorização do capital.

Serra (2002, p. 13) entende que:

A saúde de um povo, ou pelo menos o que um povo pensa sobre o estado geral de sua própria saúde, reflete de forma extremamente sensível os mais diversos aspectos da sociedade. Incidem sobre as condições de saúde fatores tão díspares quanto o nível de emprego, as taxas de salários, a inflação, as formas de organização familiar, os acidentes de trânsito, os investimentos em saneamento, os hábitos de higiene familiar, fenômenos ambientais e, particularmente, um conjunto de ações que podemos denominar políticas de saúde [...].

Já “A mortalidade infantil reflete as condições de vida e de saúde das populações e o seu coeficiente é utilizado como indicador do nível de desenvolvimento e da qualidade de vida das nações” (BERCINI, 1994).

Altas TMIs indicam, portanto, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida. No Brasil, em 1991, a TMI média, anteriormente em torno de 44,1 óbitos por 1000 nascidos vivos, baixa para 32,2 em 1999. Apesar da redução ocorrida na última década, a TMI ainda está acima do valor máximo de referência da OMS (DUARTE *et al.*, 2002, p. 63), que é de 10 mortes por 1000 nascimentos.

De acordo com Victora e Cesar (2003), os índices de mortalidade no Brasil não são compatíveis com seu potencial econômico. Conforme dados do UNICEF, em 2000, o Brasil passa a ocupar o 85º lugar entre 192 países, com relação ao nível de mortalidade de crianças menores de cinco anos. Apesar do progresso nos últimos anos, são necessárias maiores intervenções para a garantia da sobrevivência das crianças.

Mais recentemente, diversas ações (não somente partidas das esferas governamentais) foram introduzidas com o propósito de reduzir a mortalidade infantil no Brasil: campanhas de vacinação em massa, atenção ao pré-natal, aleitamento materno, agentes comunitários de saúde, entre outras. Em 2003, a taxa de mortalidade infantil estimada foi de 27,5%, o que representa uma redução de 8,6% no período 2000-2003. Entre 1980 e 2003 e entre 1991 e 2003 as quedas foram de, respectivamente, 60,2% e 39,0%. A mortalidade infantil no Brasil, em torno de 27 óbitos de menores de 1 ano para cada mil nascidos vivos, em 2003, ainda é alta, considerando-se a taxa correspondente dos países do cone sul, por exemplo. Entretanto a queda é inegável, tendo em vista que, por volta de 1970, a taxa estava próxima de 100 por mil nascidos vivos (IBGE, 2007).

A TMI pode ser utilizada para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas à atenção pré-natal, ao parto e à saúde infantil (BRASIL, 2007). Dentre as políticas de Saúde estão aquelas voltadas à infância, incluindo-se as de proteção ao recém-nascido prematuro, cujo objetivo é, dentre outros, diminuir o número de óbitos, o que significa reduzir a TMI, que ainda é alta no território brasileiro.

O Brasil dá mais um passo em direção à redução da mortalidade infantil ao assinar, em setembro de 2000, a Declaração do Milênio, aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU), juntamente com 191 países membros. A Declaração do Milênio apresenta oito macroobjetivos a serem atingidos pelos países até o ano de 2015, por meio de ações concretas dos governos e da sociedade: erradicar a extrema pobreza e a fome, atingir o ensino básico universal, promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna, combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças, garantir a sustentabilidade ambiental e, por último, estabelecer parceria mundial para o desenvolvimento.

☉ No mesmo sentido, o governo federal assina, em 18/03/2004, um protocolo de intenções: o Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que abrange as 27 unidades da federação e os mais de 5500 municípios brasileiros. É uma medida de extrema importância, tendo em vista que no Brasil, atualmente, a cada 100 mil nascidos vivos, ocorrem 18,3 mortes até os primeiros 28 dias de vida e 74,5 mortes de mulheres. Essas taxas indicam um problema de saúde pública e representam, ao mesmo tempo, uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças (REHUNA, 2007).

O pacto tem como meta inicial a redução da mortalidade materna e neonatal em 15% até o final de 2006. Seu objetivo estratégico é fazer com que esses índices cheguem aos níveis aceitáveis pela OMS, até o final do mesmo ano.

No pacto, as principais ações propostas pelo Ministério da Saúde para reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal incluem:

- Articular programas governamentais, como os de Saúde da Mulher, da Criança, do Adolescente, Programa de Saúde da Família, Urgência e Assistência Farmacêutica; Estimular a participação dos conselhos estaduais e municipais de saúde na definição de conteúdos e estruturação do pacto nacional;
 - Qualificar e humanizar a atenção ao parto, ao nascimento e ao aborto legal;
 - Assegurar à gestante o direito ao acompanhamento antes, durante e depois do parto, incluindo alojamento conjunto;
 - Garantir que mulheres e recém-nascidos não sejam recusados nos serviços de saúde e que sejam assistidos até a transferência para outra unidade;
 - Aderir à iniciativa “Primeira Semana: saúde integral”, que intensificará o cuidado com o recém-nascido e a puérpera na primeira semana após o parto (aleitamento materno; vacinas; Teste do Pezinho; orientação para contracepção; e agendamento de consultas);
 - Dar às mulheres acesso ao planejamento familiar;
 - Apoiar ações de suporte social para gestante e recém nascidos de risco.
- (REHUNA, 2007)

Em junho de 2000, o Ministério da Saúde institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, cuja estratégia principal é garantir a melhoria do acesso, da qualidade e da cobertura do pré-natal e da assistência ao parto e ao puerpério²⁰, de modo a propiciar à mãe atenção de qualidade, individualizada e humana (BRASIL-MS, 2002).

A humanização do cuidado perinatal²¹ compreende um bom número de iniciativas com relação à saúde, todas objetivando preservar e melhorar as relações intra e interpessoais entre instituições, equipes de saúde e pacientes. Abrange não só o RN com patologia ou a grávida, mas também suas famílias. Como parte dos esforços recentes para humanizar a atenção perinatal, podem-se citar a promoção da amamentação e o Método Mãe Canguru (MMC) (CECCHETTO, 2005, p.192-193).

A experiência pioneira do MMC ocorre na Colômbia, no início dos anos 80 (BRASIL-MS, 2002), diante de uma situação crítica de prematuridade, alta taxa de mortalidade neonatal e abandono, problemas de superpopulação e infecção cruzada²² (MEDEIROS; MUNHOZ JÚNIOR; PEREIRA, 2003). O método recebe o nome de Mãe Canguru devido ao fato de as mães carregarem seus bebês de forma semelhante à dos marsupiais²³ (TOMA, 2005).

²⁰ Puerpério é o período em que ocorrem o parto e o sobreparto, isto é, entre o parto e a expulsão das páreas, que são os anexos do embrião (placenta, membranas e cordão umbilical). (NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO, 1975, p. 1157)

²¹ “O período perinatal começa em 22 semanas completas (154 dias) de gestação (época em que o peso de nascimento é normalmente de 500g) e termina com 7 dias completos após o nascimento.” (NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO, 1975, p. 1.070)

²² Infecção cruzada é a “Transferência de um microorganismo infeccioso ou de uma doença de um paciente internado para outro.” (DICIONÁRIO MÉDICO ENCICLOPÉDICO TABER, 2000, p. 943)

²³ “Que têm órgão em forma de bolsa.” (NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO, 1975, p. 893)

Em 5 de julho de 2000, por meio da Portaria 693, o Ministério da Saúde lança a Norma de Atenção Humanizada do Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru) no Brasil. O foco no RN de baixo peso deve-se ao elevado número de nascidos com peso inferior a 2500 gramas (sem considerar a idade gestacional). Isso representa um importante problema de saúde, pois repercute no alto percentual de morbimortalidade neonatal. Há de se considerar, ainda, a possibilidade de abandono do RN, caso o período de sua internação seja longo ou o custo de seus cuidados seja muito alto (BRASIL-MS, 2002).

A norma reúne conhecimentos acerca das particularidades físicas e biológicas e das necessidades especiais de cuidados técnicos e psicológicos da gestante, da mãe, do recém-nascido de baixo peso e de toda a sua família. Abrange também a equipe de profissionais responsável por esse atendimento, buscando motivá-la para mudanças importantes em suas ações como cuidadores (BRASIL-MS, 2002, p. 9).

Os primeiros hospitais brasileiros a implantar o MMC são o Guilherme Álvaro, em Santos, e o Instituto Materno-infantil de Pernambuco (IMIP), em Recife, em 1992 e 1993, respectivamente (CECCHETO, 2005). No HU de Florianópolis, cenário de prática de estágio, o MMC inicia-se em 14 de julho de 1996 (UFSC, s.d.).

Segundo Ceccheto (2005), várias denominações têm sido utilizadas para essa modalidade de atenção: Método Canguru, Programa Mãe Canguru, Cuidado Canguru, Pele a Pele e Assistência Mãe Canguru.

De acordo com a norma brasileira, podem ser identificados cinco pilares na aplicação do Método Canguru: contato pele a pele, amamentação, intervenção ambiental (controle de som e luz), posturação apropriada do bebê, cuidados individualizados e centrados na família (CECCHETTO, 2005).

Na posição canguru, o bebê é colocado verticalmente em contato pele a pele e entre os seios da mãe, ou junto ao tórax do pai. O amor, o calor e a amamentação são os três componentes fundamentais do método (MEDEIROS; MUNHOZ JÚNIOR; PEREIRA, 2003).

O Ministério da Saúde (2006, p. 18-19) cita como vantagens do MMC: aumento do vínculo mãe-filho; menor tempo de separação mãe-filho; evitam-se longos períodos sem estimulação sensorial; estímulo ao aleitamento materno, que favorece maior frequência, precocidade e duração; maior competência e confiança dos pais no manuseio de seu filho de baixo peso, mesmo após a alta hospitalar; melhor controle térmico, menor número de recém-nascidos em unidades de cuidados intermediários, devido a maior rotatividade de leitos;

melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; diminuição da infecção hospitalar; menor permanência hospitalar.

O método destina-se a gestantes com risco para o nascimento de crianças de baixo peso; RNs de baixo peso, desde o momento em que são admitidos na unidade neonatal até sua alta hospitalar e posterior acompanhamento, bem como às mães e pais que deverão ter contato com o RN o mais breve possível. Essa população recebe o suporte da equipe de saúde, com orientação de como participar do programa (BRASIL-MS, 2002).

De acordo com Ministério da Saúde (2006, p. 20-21), o método, quanto a sua aplicação, é composto por três etapas. A primeira etapa compreende o período após o nascimento, quando o RN não tem possibilidade de ir para o alojamento conjunto e necessita permanecer na Unidade de Neonatologia. A mãe e a família devem ser estimuladas ao acesso à Unidade, ao contato tátil (se possível, pele a pele) com a criança e à amamentação. É garantida a permanência da mãe na Unidade, pelo período de cinco dias.

Na segunda etapa, o RN pode ter o acompanhamento contínuo de sua mãe, quando ambos estejam aptos a permanecer em enfermaria conjunta, realizando a posição canguru, no máximo de tempo possível. A criança precisa estar clinicamente estável e com peso mínimo de 1250 gramas. Essa fase termina com a alta hospitalar e com a transferência para a terceira etapa, quando o RN completa o peso de, pelo menos, 1500 gramas.

A terceira etapa consiste no acompanhamento adequado da criança no ambulatório, após a alta. São permitidos retornos não agendados, caso haja necessidade. De modo geral, essa etapa termina quando o RN atinge o termo ou o peso de 2000 gramas. Ao atingir 2500 gramas, o acompanhamento passa a ser feito de acordo com as normas para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde.

O Método Mãe Canguru sinaliza para a “incorporação do recém-nascido e de seus familiares, não para cumprir com o papel passivo de paciente ou de simples consumidor de serviços médicos, senão como agente de promoção de sua própria saúde” (CECCHETTO, 2005, p.193).

A política de saúde da criança no Brasil tem dado prioridade, dentre outras, às ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno como meio de reduzir as taxas de mortalidade infantil e melhorar a qualidade de saúde das crianças (CECCHETTO, 2005, p. 269).

No tocante ao aleitamento materno, Albuquerque (2002, p. 217) explica que:

Todas as mulheres têm capacidade de produzir leite para alimentar seus próprios filhos. Entretanto, poderosas organizações como as dos fabricantes de alimentos artificiais para crianças parecem não estar de acordo com isso. No Brasil e em quase todo o mundo, pesados investimentos em propaganda conseguiram quebrar a confiança das mães na sua capacidade de nutrir seus próprios bebês. Essa intervenção prejudicou as condições de saúde e aumentou as taxas de mortalidade infantil. Pesquisas realizadas no Brasil indicam que as crianças que são alimentadas por mamadeira têm cerca de 25 vezes mais probabilidade de adoecer do que as que mamam no peito. Segundo a OMS, todo ano ocorrem 1,5 milhão de mortes de bebês no mundo, que poderiam ser evitadas com a amamentação.

Assim, torna-se imprescindível grande esforço para que seja retomado o hábito da amamentação. Para que voltem a amamentar, as mães necessitam do apoio familiar, da comunidade, do trabalho e dos serviços de saúde. É preciso, antes de tudo, que os benefícios do aleitamento materno sejam levados ao conhecimento de todos (ALBUQUERQUE, 2002).

É importante que ninguém tenha dúvida de que “O leite materno é o modelo de alimento perfeito que todos os produtos industrializados procuram imitar, sem possibilidade de êxito” (LOPES, 2002, p. 8).

O leite materno é o melhor alimento para os RNs no primeiro semestre de vida, desempenha papel de extrema importância na sobrevivência infantil devido a suas características nutricionais e imunológicas, que protegem o bebê contra processos infecciosos (PESSOTO, 1998). Além das infecções, protege contra as alergias não apenas na infância, mas também na idade adulta (LOPES, 2002).

O aleitamento materno contribui para baixar o índice de mortalidade infantil causada por diarreias e pneumonias e para reduzir também a incidência de câncer, desnutrição, bronquite asmática e eczemas. Além disso, reduz em até cinco vezes o número total de internações hospitalares causadas por doenças que poderiam ser evitadas com a amamentação (LOPES, 2002).

As estatísticas mostram ainda que, principalmente nos primeiros três meses de vida, as internações por pneumonias ocorrem 60 vezes mais entre os bebês não amamentados no seio e que as crianças submetidas ao desmame precoce estão 20 vezes mais sujeitas à ocorrência de diarreias do que os lactentes (LOPES, 2002).

Se metade das crianças que atualmente não recebem aleitamento materno passassem a recebê-lo desde o nascimento até os 11 meses, 20,1% das mortes por diarreia entre menores de 5 anos seriam evitadas. Isto corresponde a 1,6% do total de mortes de menores de 5 anos (VICTORA; CESAR, 2003, p. 443).

Outro aspecto a ser levado em conta é o desmame. Nas palavras de Araújo (2005, p. 280):

O desmame precoce ainda é um importante problema de saúde pública no Brasil, e o fortalecimento das ações de aleitamento materno é uma das estratégias importantes para a reversão desse quadro, possibilitando a melhoria da qualidade de vida das crianças brasileiras. Sem sombra de dúvida uma política nacional séria de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno foi instalada no país desde 1981. Considerando que o Brasil é um país de grandes dimensões e de grandes contrastes regionais, faz-se mister apoiar iniciativas que causem impacto no sentido de aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo e a duração do aleitamento materno no país.

O leite materno é o único alimento que tem a garantia da qualidade e da quantidade necessária de nutrientes para o bebê, com concentrações ideais de proteínas, vitaminas, sais minerais, açúcares e gorduras (LOPES, 2002).

De acordo com a OMS, existem três estágios do leite materno: colostro, leite prematuro e leite maduro. O colostro é espesso, pegajoso e de cor clara a amarelada; é perfeito e insubstituível como primeiro alimento do bebê. Previne a icterícia²⁴ e protege contra infecções, sendo a primeira imunização que o bebê recebe contra diversas bactérias e vírus. O leite materno prematuro tem mais proteína, IgA e lactoferrina do que o leite maduro e pode ser oferecido ao RN. O leite materno maduro²⁵ muda sua constituição conforme as horas do dia, a duração da mamada, as doenças com as quais a mãe teve contato e as necessidades do RN (MEDEIROS; MUNHOZ JÚNIOR; PEREIRA, 2003).

Os RNs prematuros podem e devem receber leite materno, mesmo que ainda não tenham capacidade de sugar (LOPES, 2002). Sempre que possível, o RN prematuro deve ser alimentado com o leite ordenhado da própria mãe (MARTINS FILHO, 1995).

²⁴ Icterícia é o amarelamento da pele, causado pelo acúmulo, no sangue, de um pigmento chamado bilirrubina (LOPES, 2002, p. 8).

²⁵ O leite materno maduro é aquele produzido após o 15º dia do nascimento do bebê (LOPES, 2002, p. 9).

2 O SERVIÇO SOCIAL E AS DEMANDAS DAS FAMÍLIAS DOS RNs PREMATUROS INTERNADOS NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA

2.1 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL

A profissão de Serviço Social surge no Brasil no período de 1930 a 1945, sob influência européia. Apesar de algumas escolas surgirem devido a demandas na área da saúde, essa não passa a ser a área a concentrar maior número de profissionais. (BRAVO; MATOS, 2006)

A ação pioneira do Serviço Social na saúde acontece em 1943, no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, com a denominação de Serviço Social Médico, por meio do Decreto-lei 13.192. De acordo com Nogueira (2005), nessa época, a atuação do assistente social efetua-se na mediação entre o paciente, o médico, a família do paciente e a comunidade.

O Serviço Social expande-se a partir de 1945, relacionado ao crescimento do capitalismo e ao contexto mundial das mudanças ocorridas em função do término da Segunda Guerra Mundial (BRAVO; MATOS, 2006)

A influência européia é substituída pela norte-americana, tanto na formação profissional como nas instituições prestadoras de serviços. Em 1941 ocorre o Congresso Interamericano de Serviço Social, em Atlantic City (EUA), sendo considerado o marco dessa mudança de influência. A partir daí começa uma interação mais intensa, com a criação de entidades e a disponibilização de bolsas de estudo a profissionais brasileiros (BRAVO; MATOS, 2006).

No mesmo sentido, Nogueira (2005, p. 5) relata que:

Há o intercâmbio entre Assistentes Sociais brasileiros e norte-americanos, iniciado em 1941, na busca de eficiência através da racionalidade técnica e os novos conhecimentos, especialmente o Serviço Social de Caso, de Grupo e de Comunidade, que são rapidamente integrados à ação profissional também na área da saúde.

Então, a ação profissional na saúde amplia-se na década de 1940, passando a ser o setor que mais absorve os assistentes sociais. Esse fato ocorre sob influência do “novo” conceito de saúde, elaborado pela OMS em 1948, com enfoque nos aspectos biopsicossociais,

o que demanda a atuação de outros profissionais, como o de Serviço Social, com ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar. O novo conceito surge a partir de organismos internacionais, influenciado pelo agravamento das condições de saúde dos povos, principalmente nos países considerados periféricos. Há incremento em ações de educação e prevenção, de modo a ampliar a abordagem em saúde, mas com ações prioritárias e pontuais, e entendendo-se como inviável a universalização da atenção médica e social (BRAVO; MATOS, 2006).

No mesmo sentido, Nogueira (2005, p. 5) expõe:

Nas décadas de 40 e 50 houve a expansão das ações profissionais para outros espaços ocupacionais recém-criados, especialmente nos centros urbanos, como a Legião Brasileira de Assistência, o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI e o Serviço Social da Indústria – SESI, que incorporam o Assistente Social em programas educativos em saúde, além da orientação individual em cuidados de higiene e puericultura às famílias dos trabalhadores.

A Política Nacional de Saúde (PNS), não sendo universal, ao se consolidar no país (1945 a 1964), gera uma contradição em relação à demanda da população e seu caráter excludente e seletivo. Nesse contexto, o assistente social passa a atuar entre a população e a instituição hospitalar com o objetivo de possibilitar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios da saúde. Dessa forma, o profissional atua no plantão, realiza triagem, seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária. Os próprios beneficiários passam a custear total ou parcialmente os benefícios, ficando a cargo do trabalhador o pagamento pelos serviços assistenciais, mediante deduções salariais diretas. (BRAVO; MATOS, 2006).

A partir da década de 1950, surgem propostas racionalizadoras na área da saúde (principalmente nos Estados Unidos), como a medicina integral, a medicina preventiva e, posteriormente, na década de 1960, a medicina comunitária. No entanto, elas não alteram o *locus* principal de atuação dos assistentes sociais, que são os ambulatórios e hospitais (BRAVO; MATOS, 2006).

O II Congresso Brasileiro de Serviço Social, ocorrido em 1961, abre espaço para o debate sobre a inserção da profissão na área da saúde, ficando determinado que suas ações levem em conta que a doença está relacionada aos aspectos psicológicos, emocionais e sociais. No entanto, segundo Chupel (2005), torna-se notório, durante o congresso, que naquele momento, a discussão tem pouca repercussão junto aos profissionais da saúde.

Nogueira (2005) observa que, nas décadas de 60 e 70, amplia-se a inserção do profissional de Serviço Social, que passa a atuar nos institutos de aposentadorias e pensões e, posteriormente, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultante da unificação desses institutos, onde assume a função de coordenação.

No relato de Bravo (1996, p. 90-91), lê-se:

O Serviço Social nos órgãos de assistência médica da previdência foi regulamentado em 1967 e previa as seguintes ações: individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Foi ressaltada a contribuição do assistente social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais. As clínicas e doenças enfatizadas foram a obstetrícia, tuberculose, doenças transmissíveis, cirúrgica, psiquiatria e clínica médica.

A profissão sofre transformações significativas após 1964, com rebatimento na área da saúde. Até os anos 60, não há polêmica importante com relação ao debate sobre o conservadorismo da profissão, apesar dos diversos questionamentos de alguns assistentes sociais progressistas. Dos anos 60 em diante, essa situação começa a mudar, pois emerge a discussão, não de forma isolada, mas apoiada nas questões levantadas pelas ciências humanas e sociais. O golpe militar de 1964, porém, põe fim à discussão (BRAVO; MATOS, 2006).

De 1965 a 1975, o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS) é o principal responsável pela elaboração teórica do Serviço Social com as devidas adaptações aos processos sociopolíticos emergentes no pós-1964, que não tem o objetivo de questionar o sistema sociopolítico, mas sim o de inserir a profissão num modelo teórico e metodológico (BRAVO; MATOS, 2006).

Ainda conforme Bravo e Matos (2006), a profissão, na área da saúde, não se altera de 1974 a 1979: continua na vertente “modernizadora” que a produção teórica da época não rompe, apesar do processo de organização da categoria, do movimento da sociedade em geral e do aprofundamento teórico dos docentes. Chupel (2005) relata que, em 1978, ocorre na cidade de Florianópolis o primeiro evento de Serviço Social na área da saúde, em que são discutidas as funções da profissão na referida área.

A década de 1980 é marcada por intensa mobilização política e acirramento da crise econômica, evidenciada na ditadura militar. Conforme já explicitado, em 1986 ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em que é aprovada a bandeira da Reforma Sanitária, da qual

resulta um relatório, que é levado para discussão na Assembléia Constituinte. Em 1988 é promulgada a Constituição Federal, a partir da qual a assistência, a saúde e a previdência passam a fazer parte do tripé da seguridade social. Os cinco artigos (Art. 196-200) referentes à saúde determinam que esta seja um direito de todos e dever do Estado, ao mesmo tempo em que definem a integração dos serviços de saúde de forma hierárquica e regionalizada, formando um sistema único (BRAVO; MATOS, 2006).

O Serviço Social tem recebido influências da crise do Estado brasileiro, da falência da atenção à saúde e do movimento surgido da construção de uma reforma sanitária brasileira. Ao mesmo tempo, passa por um processo interno de revisão, com negação do Serviço Social tradicional (anterior à década de 1980), com a perspectiva de um novo rumo da profissão (BRAVO; MATOS, 2006). Por ter sido esse um processo interno não articulado com o contexto nacional, há uma espécie de descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde (BRAVO; MATOS, 2001).

O Serviço Social chega à década de 1990, período em que proliferam as idéias neoliberais, desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária. Sendo assim, na segunda metade dos anos 1990, o projeto da Reforma Sanitária é questionado, e consolida-se o projeto de saúde privatista, baseado na contenção de gastos e na descentralização com desresponsabilização do Estado, ao qual cabe apenas garantir o mínimo a quem não pode pagar.

Segundo Bravo e Matos (2006, p. 36):

[...] o projeto de Reforma Sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Conforme CRESS (2005, p. 11), “Em 13.03.1993 é aprovado o Código de Ética do Assistente Social, com alterações por meio das resoluções CFESS nº 290/94 e nº 293/94. Por sua vez, a Lei nº 8.662, de 07.06.93, regulamenta a profissão”.

O assistente social, apesar de não ter formação específica na área da saúde, é competente para nela atuar, e há, desde 06/06/1990, um parecer do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), da Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS) e da Associação Nacional de Assistentes Sociais (ANAS) que diz:

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como da causalidade das formas de adoecer intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O Assistente Social como profissional de saúde tem competência para atuar junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e/ou recuperação de saúde. O Assistente Social é, pois, um profissional de saúde que vem colaborar a posição que emerge da categoria – fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão, buscando a garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade à população brasileira (CRESS, 2005, p.9-10).

Sobre o assunto, Costa (2000, p. 41) afirma:

Nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

De acordo com o CRESS (2005, p. 9), apesar da importância da atuação do assistente social na área da saúde desde 1940, o seu reconhecimento como profissional de saúde de nível superior acontece somente em 6 de março de 1997, por meio da Resolução CNS 218, do Conselho Nacional de Saúde. A mesma resolução, segundo Chupel (2005), reconhece como profissional de saúde outras profissões, tais como: biólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e profissional de educação física.

2.2 A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE DO HU

O Serviço Social integra o HU desde sua inauguração, e seu espaço profissional é reconhecido na equipe de saúde da instituição (CRESS, 2005). Segundo Silva (2006), sua inclusão é solicitada, já nessa época, pela Comissão de Implantação do HU, com o intuito de oferecer ao paciente e a sua família atendimento mais global e abrangente. Em seu quadro funcional, o HU conta, atualmente, com uma equipe de nove assistentes sociais distribuídos nos diversos setores.

O exercício da profissão, na maternidade, baseia-se no Plano de Atuação do Serviço Social do HU, elaborado pelos profissionais da área, assessorados por professoras do

Departamento de Serviço Social da UFSC. Os objetivos do Serviço Social no HU são: atender as demandas socioassistenciais dos pacientes do HU; favorecer a integração entre os diversos profissionais que prestam atendimento à clientela, de maneira a garantir uma abordagem multidisciplinar à pessoa atendida no HU; desenvolver pesquisas que evidenciem fatores intervenientes no processo saúde-doença; favorecer ao paciente condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e sua convivência com a enfermidade; favorecer ações educativas de saúde à comunidade universitária e à população atendida. (CRESS, 2005)

O Serviço Social segue as diretrizes políticas da instituição (Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão), buscando conhecer a realidade sócio-econômico-cultural das pessoas que são atendidas no HU, refletindo com as mesmas sua situação de saúde relacionada às condições de vida, para a transformação do seu cotidiano (CRESS, 2005, p. 7).

Ainda segundo o CRESS (2005, p. 3), a intervenção da profissão no HU dá-se em diferentes setores e ocorre desde a entrada do paciente para tratamento ambulatorial, emergencial ou internação, na identificação das demandas ou no atendimento a elas, na mediação entre o usuário e a instituição.

Sendo assim:

A inserção do Serviço Social nestes espaços ainda decorre de duas ordens; uma interna, resultante da divisão do trabalho entre os integrantes da equipe multiprofissional e outra da demanda dos usuários do HU. Para atendimento desta demanda, o Serviço Social se utiliza dos instrumentos técnico-operativos: entrevistas, reuniões, visitas e contatos (CRESS, 2005, p. 6).

O Plantão de Serviço Social no HU é realizado no ambulatório, onde cada assistente social é responsável pelos atendimentos em determinado turno, em sistema de rodízio.

Segundo Silva (2006), esses atendimentos são de caráter assistencial - emergencial e educativo, por meio do qual são mobilizados recursos, a fim de possibilitar hospedagem, passagens, medicamentos, cestas básicas etc.

Para isso, o Serviço Social conta com o apoio da Associação de Voluntários do HU, que fornece ajuda financeira, já que a instituição não detém recursos financeiros suficientes para atender a todas as demandas. (CRESS, 2005)

Conforme Vasconcelos (2002, p. 285), “É pelo plantão do Serviço Social que os usuários podem contar com a única ‘porta aberta permanentemente’ na unidade de saúde, sem necessidade de marcação prévia, como é exigido para o médico, psicólogo, nutricionista”.

O usuário pode chegar ao Serviço Social, não só via encaminhamentos internos e externos, como também por procura espontânea (VASCONCELOS, 2002).

O Serviço Social está presente na maternidade desde abril de 1988, quando passa a integrar a sua comissão de implantação, juntamente com outros profissionais.

O Serviço Social da maternidade localiza-se no primeiro andar do HU e conta, atualmente, com uma assistente social, uma bolsista e duas estagiárias, acadêmicas do curso de Serviço Social da UFSC. Uma das estagiárias desenvolve o estágio no alojamento conjunto e outra, na Unidade de Neonatologia.

Na triagem obstétrica ou no centro obstétrico faz somente atendimento emergencial, que pode se estender ao AC, em caso de transferência do paciente.

A interdisciplinaridade é um princípio norteador da filosofia da maternidade, o que propicia a participação e o envolvimento de profissionais de diversas áreas do saber, dentre elas, o Serviço Social, a Psicologia, a Medicina, a Enfermagem e a Nutrição. Cada profissional, reconhecendo o limite de seus conhecimentos, abre-se à contribuição do outro, na busca pela complementaridade para o alcance de objetivos comuns. (UFSC, s.d.)

O assistente social contribui para o enfrentamento das questões sociais vivenciadas no cotidiano. É um profissional capacitado a planejar, elaborar, implementar, coordenar e executar as políticas sociais, nestas incluindo-se as de saúde (CRESS, 2005).

O Serviço Social participa de reuniões internas e externas à maternidade. Na comunidade, participa de reuniões de cunho sócio-educativo.

Cabe ao assistente social atender as demandas apresentadas nas situações de internação e de pós-alta, bem como as demandas de alimentação, medicação, transporte, alojamento para acompanhantes etc. Para isso, ele necessita articular-se com outros profissionais e setores da instituição, bem como com outras instituições (governamentais e não-governamentais), como as unidades de saúde, o Conselho Tutelar, as clínicas para tratamento de dependência química etc.

Seu objetivo é, então, o atendimento às demandas socioassistenciais, cuja atuação está voltada para a ação direta com os usuários, principalmente com as famílias e os segmentos sociais vulneráveis. Objetiva ainda contribuir, juntamente com os usuários, na luta pela cidadania e garantia de direitos (TERRES, 2005).

O atendimento humanizado preconiza a importância da formação do vínculo afetivo, não somente para a família, como também para o desenvolvimento da criança. Sobre o tema Lopes (2002, p. 17) registra que:

O desenvolvimento do apego tem como momento crucial o período das primeiras horas após o nascimento. O contato pele a pele, a ligação olho a olho atraindo mãe e filho, e a participação do pai tocando o bebê na primeira hora de vida são de fundamental importância no estabelecimento do vínculo afetivo entre os pais e o recém-nascido. Daí considerarmos indispensável a presença do pai vivenciando a experiência do nascimento e a primeira mamada, ainda na sala de parto. Esse contato induz a liberação de prolactina (hormônio do leite) e de ocitocina (hormônio do vínculo ou hormônio do amor), que vão então modificando o perfil psicológico da mãe, induzindo uma mudança de comportamento veiculada pelo sentimento maternal. Formam-se os primeiros laços no desenvolvimento das relações interpessoais que condicionam a vida social.

O Serviço Social, na maternidade, atua em três projetos específicos: o Projeto de Extensão na Serrinha, chamado Promoção de Saúde das Mulheres Gestantes e Puérperas, no Âmbito da Saúde Reprodutiva; o Projeto de Intervenção junto às Puérperas e Gestantes de Alto Risco, internadas no AC; Projeto de Ação junto às Mães e Famílias de RNs de Baixo Peso e seu subprojeto Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso – Método Canguru, desenvolvido na Unidade de Neonatologia, onde foi efetuado o Estágio Curricular Obrigatório I e II.

2.3 O SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA

Segundo Carvalho, Linhares e Martinez (2001, p. 3) “O impacto do nascimento pré-termo tende a ser uma experiência estressante para a maioria das mães, implicando muitas vezes na diminuição da qualidade dos cuidados dispensados à criança”.

Linhares *et al.* (1999 p. 247) explicam:

O período de gestação permite a construção não só de um ser, como também a representação antecipatória de como será este bebê. A mãe realiza ensaios desta construção através do “bebê imaginário” descrito por Klaus e Kennel (1992). O nascimento de um bebê prematuro produz um impacto na representação de um bebê sadio e normal, gerando um campo de luta não só para a sobrevivência do RN, mas também para a resignificação ou reconstrução dessa imagem antecipada. Segundo os autores acima, diante do nascimento do bebê prematuro, a mãe pode experimentar as seguintes emoções:

- a) preocupações com a sobrevivência do bebê e ansiedade persistente que indicam sentimentos de culpa, temendo ter feito ou deixado de fazer algo durante a gravidez que possa ter afetado o bebê e causado a prematuridade;
- b) preocupações com a sobrevivência do bebê e seu papel de mãe;

- c) ressentimento por não desempenhar o papel de mãe de cuidar do seu bebê, pois teme contaminá-lo ou machucá-lo, levando à impotência e aumento da dependência de alguém mais habilitado e competente do que ela (médicos, enfermeiros);
- d) sentimentos contraditórios de esperança, de sobrevivência e de “luto antecipatório”, em que ensaiam ou preparam-se para a possível morte do bebê.

Não há dúvida de que o nascimento de uma criança significa alteração no contexto familiar. Quando se trata de um RN prematuro ou que nasce com algum problema de saúde, há a necessidade de internação, e os transtornos são maiores: separação familiar devido à permanência no hospital, mudança de funções dos membros da família, necessidade de adaptação à rotina hospitalar, insegurança quanto ao diagnóstico, tratamento e sobrevivência do bebê.

Linhares *et al.* (1999, p. 247) referem-se à necessidade de apoio mais abrangente, ao afirmar que “A vulnerabilidade psicológica das mães frente ao impacto da prematuridade é inegável, porém constitui-se em momento ideal para suporte psicossocial para o enfrentamento deste período crítico de internação do bebê na UTI-Neonatal”.

O suporte psicossocial, na Unidade de Neonatologia, tem sido prestado, respectivamente, pelo Serviço de Psicologia e pelo Serviço Social da maternidade.

Linhares *et al.* (1999, p. 247) asseguram que “O apoio psicológico à mãe de RN prematuros tem sido recomendado para ajudá-la no enfrentamento do período de crise vivenciada com o nascimento, e conseqüentemente com a internação do bebê na UTI e na consolidação do vínculo mãe-bebê”.

Estudos demonstram que mães de RNs prematuros que não recebem suporte social adequado passam a apresentar menor equilíbrio psicológico, maior dificuldade para o exercício da maternagem e para estabelecer o vínculo afetivo com o bebê (CARVALHO; LINHARES; MARTINEZ, 2001).

Com o intuito de proporcionar o suporte social necessário, o Serviço Social da maternidade desenvolve, na Unidade de Neonatologia, o Projeto de Atendimento às Demandas Socioassistenciais das Mães/Famílias de RNs Prematuros e/ou que Nascem com Alguma Enfermidade, visando ao atendimento humanizado e ao fortalecimento do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê.

A equipe de Serviço Social é a mesma da maternidade, e uma das estagiárias, conforme mencionado, desenvolve sua prática na Unidade de Neonatologia.

Mioto (2003 *apud* LIMA, 2004) define os processos socioassistenciais como sendo aqueles relacionados às demandas socioassistenciais como a intervenção direta com os usuários, principalmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis. As ações acontecem no ambiente institucional e a intervenção é realizada a partir das demandas dos usuários, sob a perspectiva da cidadania e dos direitos. Fazem parte desse processo as ações: periciais, socioemergenciais, socioterapêuticas e socioeducativas. É nas ações socioemergenciais e socioeducativas (individuais ou grupais) que se concentra grande parte da ação do profissional de Serviço Social da maternidade do HU, mais especificamente, da Unidade de Neonatologia.

Com relação a essas ações, diz a definição que são socioemergenciais as ações desenvolvidas para o atendimento das demandas que se revestem de caráter emergencial, relacionadas às necessidades básicas e de urgência das famílias (auxílio funeral, cestas básicas, medicamentos, passes de ônibus, dentre outras). Já as socioeducativas são as ações que geram o movimento de reflexão entre profissionais e usuários por meio da informação e do diálogo, a fim de buscar alternativas e resolutividade para as demandas destes (questões familiares, trabalhistas, previdenciárias, dentre outras) (CRESS, 2005).

A população alvo da atuação do assistente social é, nesse caso, composta pelas famílias dos RNs prematuros ou que nascem com alguma enfermidade, internados na Unidade de Neonatologia. Esses RNs podem ter nascido na maternidade do HU ou haver sido encaminhados por outra instituição hospitalar do município de Florianópolis ou, ainda, de outros municípios de Santa Catarina.

O RN é internado na Unidade de Neonatologia da maternidade, de acordo com seu estado de saúde. Os casos mais graves permanecem na UTI neonatal, podendo ser encaminhados para a sala de cuidados intermediários e, posteriormente, para a de cuidados mínimos, conforme a evolução de seu estado de saúde. O tempo de internação, na Unidade de Neonatologia, varia de acordo com o problema apresentado pelo RN e pode se estender por meses. A prática de estágio proporciona a percepção de que o bom acolhimento é essencial para a criação e o fortalecimento de vínculos entre a equipe de saúde e a família do RN.

Para identificar as demandas, o Serviço Social busca, inicialmente, conhecer a realidade socioeconômica da família do RN, ao mesmo tempo em que informa esta sobre seus direitos e deveres. Identifica as situações de risco com o objetivo de proporcionar o suporte necessário.

Assim:

I As situações vivenciadas pelos pacientes no seu cotidiano, condições habitacionais inadequadas, subemprego, renda familiar insuficiente, analfabetismo, são refletidas pela equipe numa busca conjunta de alternativas junto à rede de proteção social comunitária para possíveis mudanças (CRESS, 2005, p. 12).

Nesse fazer profissional, os instrumentos técnicos operativos mais utilizados pelos assistentes sociais são: entrevista, escuta, observação, reunião, documentação, estudo social, visita aos leitos, visitas domiciliares e diário de campo.

* O Serviço Social, no setor, canaliza seus esforços no sentido de dar suporte à família do RN, no momento em que esta se encontra socialmente e, não raro, emocionalmente fragilizada. Incentiva as mães quanto à entrada e permanência na unidade para acompanhamento do bebê, bem como ao aleitamento materno. Também orienta as mães em relação aos métodos contraceptivos, facilitando-lhes o acesso a eles.

Os bebês deixados para adoção, prematuros ou não, ficam alojados na Unidade de Neonatologia, durante os trâmites legais, até que sejam encaminhados ao abrigo de destino, por meio do Juizado da Criança e do Adolescente.

O Serviço Social, na Unidade de Neonatologia, também administra as vagas do hotelzinho destinado às mães que recebem alta do AC, e cujos RNs permanecem internados na unidade neonatal.

2.4 O PERFIL DAS FAMÍLIAS DOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

O Estágio Curricular Obrigatório I e II é realizado de 08/05/2006 a 06/09/2006, período no qual são acompanhadas 17 famílias de RNs prematuros, internados na Unidade de Neonatologia, as quais constituem o universo da pesquisa efetivada.

Além de descrever o perfil socioeconômico-cultural dessas famílias, este estudo tem o objetivo de ressaltar a importância da atuação do Serviço Social no atendimento às suas demandas, no período de internação dos RNs.

Minayo (2000, p. 23) define pesquisa como

[...] a atividade básica das Ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

Para a realização da pesquisa, é utilizada uma metodologia entendida por Minayo (2000, p. 22) como:

[...] o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa lugar central no interior das teorias sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria. Em face da dialética, por exemplo, o método é o próprio processo de desenvolvimento das coisas.

A metodologia abrange as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apropriação da realidade e, também, a criatividade do pesquisador. (MINAYO, 2000)

Para essa apropriação da realidade, privilegiam-se alguns tipos de pesquisa.

A pesquisa descritiva, de acordo com Gil (1995, p. 46), tem como objetivo “a descrição das características de uma determinada população”.

Ainda segundo Gil (1995), a pesquisa documental é muito semelhante à bibliográfica, diferenciando-se desta, fundamentalmente, quanto à natureza das fontes, visto que a pesquisa documental utiliza materiais que ainda não receberam tratamento analítico.

Por sua vez, de acordo com Richardson *et al* (1999, p. 70),

O método quantitativo representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança, quanto às inferências. É freqüentemente aplicado nos estudos descritivos, naqueles que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis, bem como nos que investigam a relação de casualidade entre fenômenos.

Então, com o objetivo de descrever as características das famílias dos RNs prematuros, desenvolve-se uma pesquisa descritiva, documental, de cunho quantitativo.

Nessa perspectiva, é contemplada, como instrumento de coleta de dados, a ficha de atendimento (ANEXO A), documento utilizado para subsidiar o estudo social das famílias.

Segundo Pizzol (2005, p. 41), “O assistente social vem utilizando o estudo social nas mais diversas áreas e modalidades, orientando o seu trabalho, tanto na fase de planejamento de certas intervenções, assim como para demonstrar a situação sobre uma realidade investigada ou trabalhada”.

Essa ficha de atendimento contém dados obtidos pelo Serviço Social, através das mães dos RNs prematuros internados na unidade, por meio de entrevista.

De acordo com o CRESS (2005, p. 22), a entrevista “[...] se constitui em um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. Além da coleta de informações, é também um momento de dinamização do diálogo entre dois sujeitos”.

Para a realização das entrevistas, é utilizada a relação dos pacientes da Unidade de Neonatologia, com dados de identificação, como número do quarto e do leito, nome da mãe e data de admissão na unidade.

Na relação de pacientes do AC são coletados dados referentes às mães: idade, data de admissão no hospital etc. Esse procedimento possibilita o acompanhamento diário das internações e altas dos bebês, bem como saber se a mãe está ou não internada no AC. Assim, é possível efetivar as entrevistas.

Após os procedimentos descritos acima ocorrem as visitas aos RNs, para conhecimento de seu estado de saúde. Com esse propósito, além da entrevista, são utilizados, para a obtenção de dados: a observação, as informações prestadas pelos profissionais do setor e, ainda, a leitura dos prontuários, por meio dos quais é possível tomar conhecimento das enfermidades e do local de residência das famílias, por exemplo.

Vale ressaltar a importância do estabelecimento de contato entre o assistente social e as mães ou outros parentes acompanhantes do RN. Percebe-se que a visita aos leitos significa uma nova oportunidade de aproximação. As mães também são abordadas no hotelzinho ou na sala de ordenha (onde retiram o leite materno), grupal ou individualmente. As conversações, com maior privacidade, são mantidas em uma sala do Serviço Social, própria para atendimentos às demandas da maternidade. Procura-se ouvir as mães, deixando-as à vontade, dando-lhes confiança para procurar o Serviço Social sempre que seja necessário. É incentivada a criação desse vínculo com toda a equipe de profissionais.

Somente após esse contato com as famílias é que as entrevistas são realizadas, e ocorrem, na maioria das vezes, na sala do Serviço Social. Com os dados obtidos na entrevista, é preenchida a ficha de atendimento, complementada com outras informações (como as obtidas no prontuário, por exemplo), para consulta no decorrer do acompanhamento familiar.

Marsiglia (2001, p. 27) afirma que “As entrevistas são os instrumentos mais usados nas pesquisas sociais porque, além de permitirem captar melhor o que as pessoas pensam e sabem, observam também a sua postura corporal, a tonalidade de voz, os silêncios etc.”

A mesma autora (2001, p. 27) assevera que:

Independentemente da forma que a entrevista assuma, é importante que o pesquisador crie um bom clima para facilitar o relacionamento com o entrevistado, deixando-o à vontade e com a certeza de que suas respostas, opiniões e experiências darão grande contribuição ao conhecimento do problema que está sendo pesquisado. Caso seja uma experiência que o entrevistador considere mais sigilosa, deve haver uma garantia, de sua parte, de que a identidade do entrevistado não será revelada.

Os dados constantes da ficha de atendimento referem-se a: nome, idade, estado civil, escolaridade, endereço (e telefone), profissão, trabalho, salário. Caso haja outro responsável pelo RN, seus dados (como o salário, por exemplo) são igualmente coletados, informando o grau de parentesco. Também são anotadas outras informações: situação habitacional, número de filhos e suas idades, número de gestações, além de “observações” (como, por exemplo, causas da prematuridade, acompanhamento pré-natal, problemas de saúde do RN etc.). São registrados, ainda: data da entrevista, atendimento solicitado (geralmente para estudo social), parecer e encaminhamento do Serviço Social (dados que complementam os já citados).

Apresentam-se a seguir os resultados alcançados.

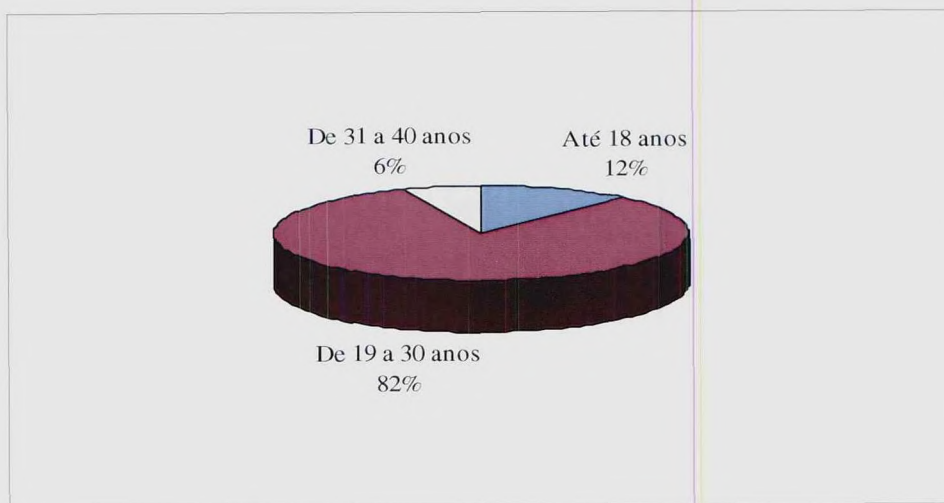


Gráfico 1: Distribuição de frequência relativa das mães dos RNs segundo a faixa etária

Fonte: Fichas de atendimento utilizadas pelo Serviço Social da maternidade.

A primeira variável investigada refere-se à idade materna, conforme se visualiza no gráfico acima. Fica constatado que a maioria das mães tem idade entre 19 e 30 anos. Apesar

da tendência atual de ocorrência de gravidez na adolescência²⁶, esse índice não é relevante. É ainda menor a ocorrência de mães na faixa etária de 31 a 40 anos, e nenhuma delas tem mais de 40 anos. Decorre desses dados que o fator idade (precoce ou avançada) não constitui, por si, causa dos nascimentos pré-termo, conforme apontado por alguns estudiosos da prematuridade.

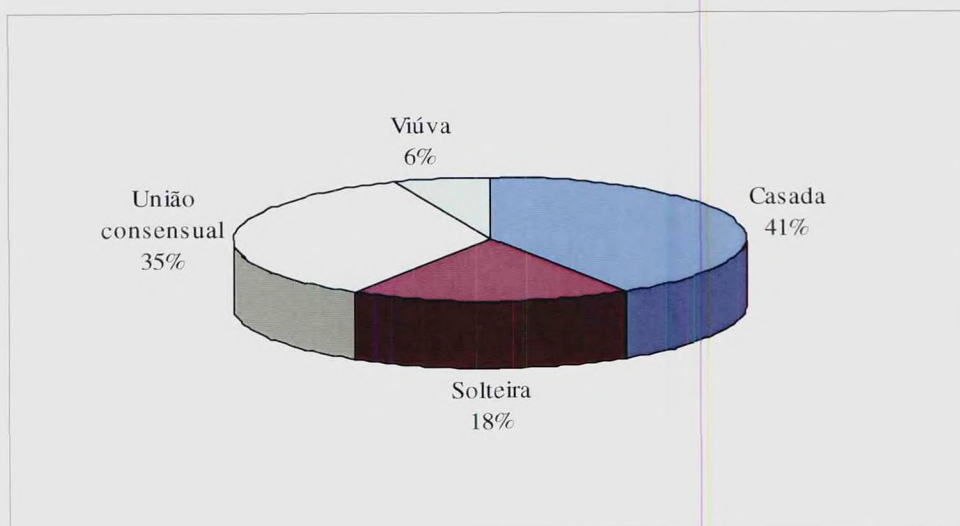


Gráfico 2: Distribuição de frequência relativa das mães conforme o estado civil

Fonte: Fichas de atendimento utilizadas pelo Serviço Social da maternidade.

Quanto ao estado civil das mães, constata-se que, do total, 50% são casadas, o que confirma as palavras de Miotto (1997, p. 116) ao dizer que a família que até hoje vigora é monogâmica e patrilinear, “calcada no princípio natural da filiação e no fato cultural da transmissão hereditária de bens a filhos certos e legítimos [...]”, embora acredite que “[...] a família pode estar deixando de ser uma instituição para se tornar um ponto de encontro de vidas privadas, e assim estaria se encaminhando para as famílias informais”. Em segundo lugar, aparece a união consensual. Dentre as solteiras, estão as adolescentes e também aquelas que optam por criar seus filhos, sozinhas. A ocorrência de prematuridade, então, é maior entre as casadas, e não entre as solteiras, conforme referido por Corrêa (1998), anteriormente.

²⁶ Conforme o Art. 2º do ECA, considera-se adolescente a pessoa com idade entre 12 e 18 anos. (CRESS/SP, 2006)

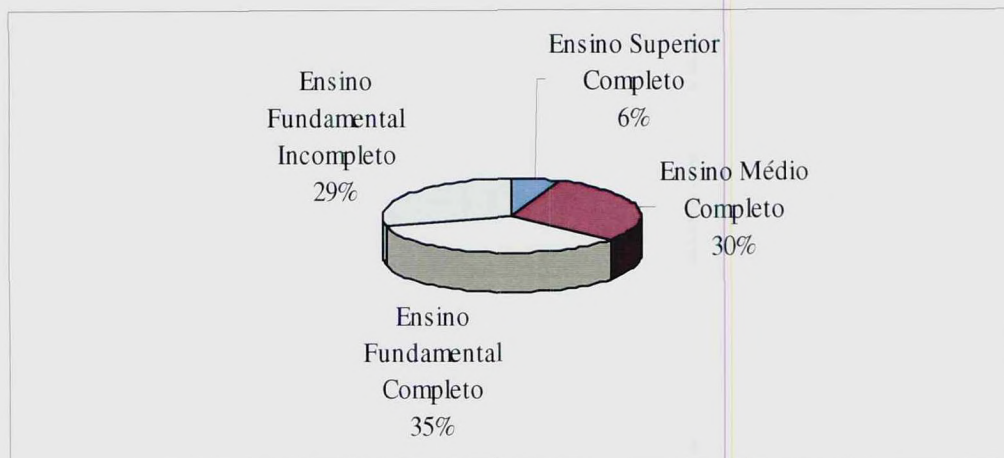


Gráfico 3: Distribuição de frequência relativa das mães conforme a escolaridade

Fonte: Fichas de atendimento utilizadas pelo Serviço Social da maternidade.

A maior parte das entrevistadas tem o ensino fundamental concluído. Aparecem em segundo lugar as que têm o ensino médio, seguidas das que não o têm completo. Se, por um lado, a quase totalidade não tem curso superior, em contrapartida, inexistente o analfabetismo entre elas. Como é cediço, o analfabetismo é uma forma perversa de exclusão social. A cultura de uma sociedade reflete também sua cidadania. Segundo Wanderley (2000, p. 156), a educação assim como a cidadania “devem ser entendidas como processos de conquista, como construções permanentes e não meras noções neutras, abstratas”.

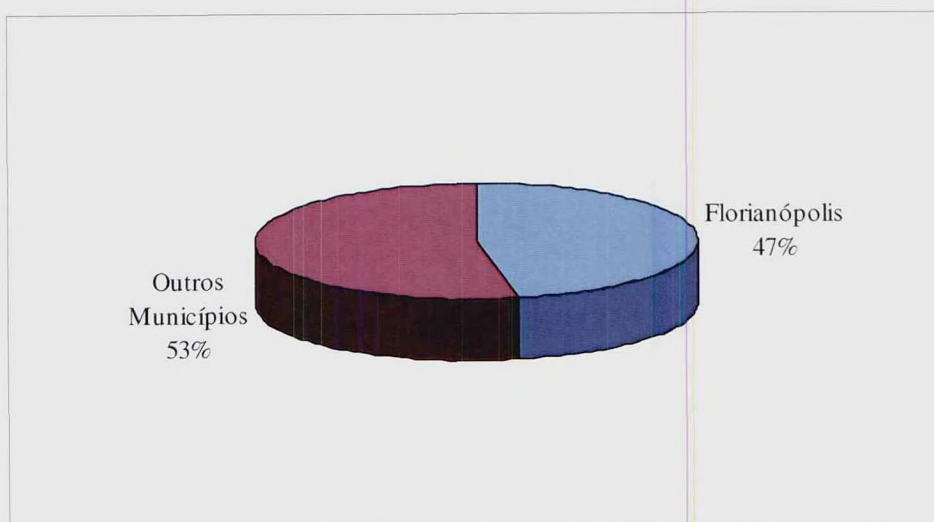


Gráfico 4: Distribuição de frequência relativa do local de residência das mães

Fonte: Fichas de atendimento utilizadas pelo Serviço Social da maternidade.

Em relação à residência, verifica-se que é maior o número de mães procedentes de outros municípios. Tal fato pode decorrer da realidade da saúde no Estado de Santa Catarina, onde os estabelecimentos hospitalares estão concentrados nos grandes centros urbanos, o que faz com que a assistência à saúde não seja distribuída de modo homogêneo. Há casos, porém, de pacientes oriundos de cidades mais próximas de outros grandes centros, o que leva a indagar se o motivo da vinda é a falta de vaga naqueles centros ou a priorização dos leitos ao atendimento particular. Outro fator importante refere-se à falta de equipamentos adequados para o funcionamento de setores de alta complexidade, como, por exemplo, a UTI neonatal. Assim, as regiões que têm melhor rede hospitalar suprem maior número de demandas, sobrecarregando seus hospitais, como é o caso do HU, que atende pessoas de todo o território catarinense.

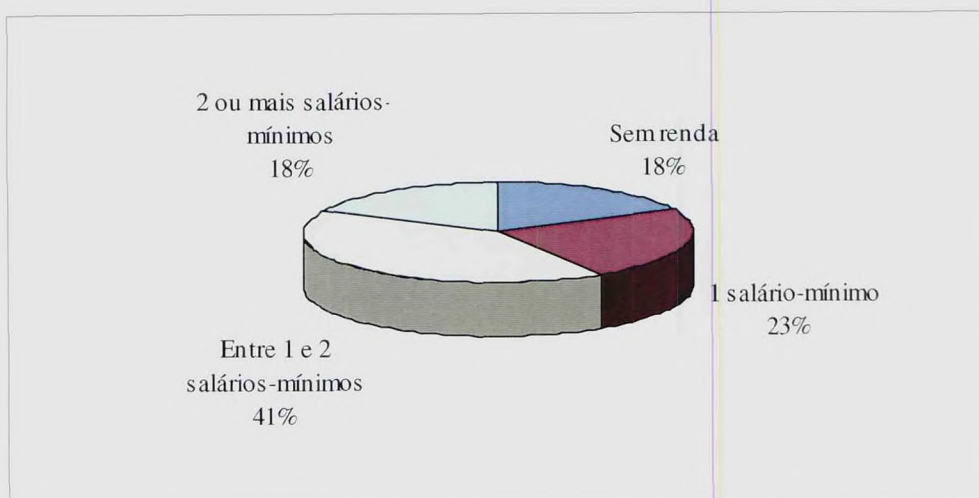


Gráfico 5: Distribuição de frequência relativa em relação à renda familiar

Fonte: Fichas de atendimento utilizadas pelo Serviço Social da maternidade.

Na renda familiar, entre as famílias classificadas sem renda estão incluídas as mães adolescentes que residem com os pais e deles dependem financeiramente. Percebe-se que a maioria das famílias tem renda entre um e dois salários-mínimos. São poucas as que têm renda maior do que dois salários-mínimos e nenhuma chega a três salários-mínimos. Há ainda as que sobrevivem com apenas um salário-mínimo, situação que as leva a recorrer ao auxílio de outrem, principalmente, ao de parentes.

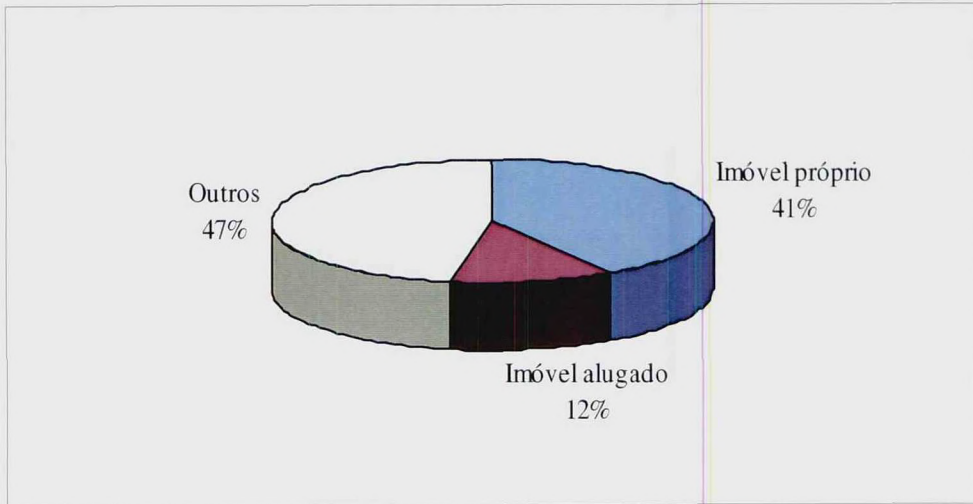


Gráfico 6: Distribuição de frequência relativa em relação à situação habitacional

Fonte: Fichas de atendimento utilizadas pelo Serviço Social da maternidade.

Quanto à moradia, observa-se que são poucas as famílias que moram em imóvel alugado. Para estas, no entanto, é um fator que, aliado ao baixo salário, tem forte impacto sobre a renda familiar. O maior número de entrevistadas situa-se na categoria “outros”, e fica constatado que nenhuma família tem despesas com aluguel, visto que a maioria reside com parentes (pais ou sogros).

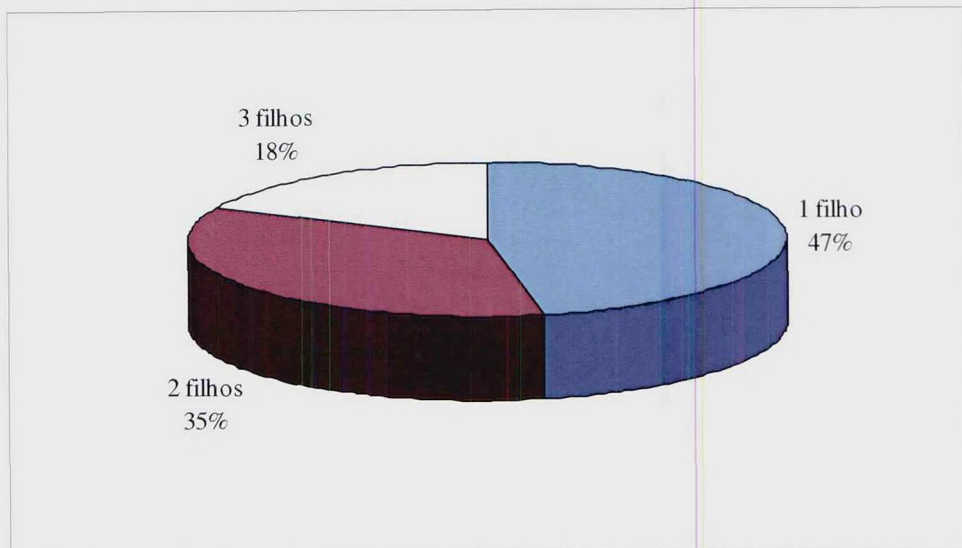


Gráfico 7: Frequência relativa em relação ao número de filhos (incluindo-se o RN)

Fonte: Fichas de atendimento utilizadas pelo Serviço Social da maternidade.

Na variável número de filhos, incluindo-se o RN, a percentagem diminui à medida que aumenta o número de filhos. A maior ocorrência é de mulheres com apenas um filho, o que leva a concluir que o RN é o primeiro. Essa variável, então, pode estar relacionada à ocorrência de prematuridade. Os resultados denotam, ainda, certa preocupação com o planejamento familiar, percebida na fala das mães, mesmo na das mais jovens e primíparas. Considerada a primiparidade, isoladamente, pode-se dizer que ela está relacionada à prematuridade.

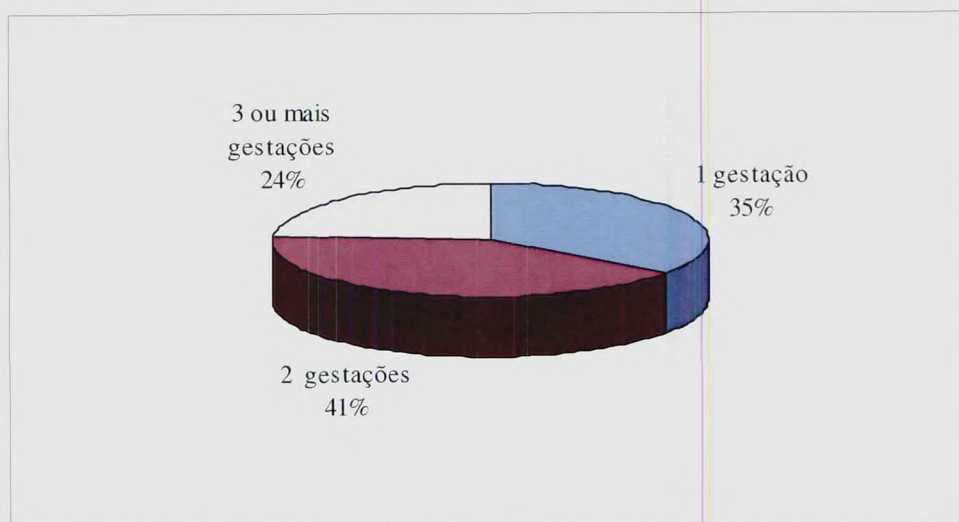


Gráfico 8: Distribuição de frequência relativa em relação ao número de gestações

Fonte: Fichas de atendimento utilizadas pelo Serviço Social da maternidade.

Na variável número de gestações, há maior número de mães com duas gestações. Comparando-a com a variável número de filhos, na maioria dos casos, o RN sendo o primeiro filho, levanta-se a hipótese de que mães podem ter tido aborto anteriormente, o que foi possível comprovar com consulta aos respectivos estudos sociais. Percebe-se que há, nesses casos, certa pré-disposição para a prematuridade.

A partir dos dados obtidos e analisados, pode ser traçado o perfil das mães dos RNs internados na Unidade de Neonatologia do HU. São mães da faixa etária de 19 a 30 anos, em sua maioria, casadas e com ensino fundamental completo. A maior parte não reside em Florianópolis, e sim em outros municípios catarinenses. A maioria tem renda familiar entre um e dois salários-mínimos. Do total, grande parte possui imóvel próprio, mas o maior número delas classifica-se como “outros”, em que estão incluídas as famílias que residem em

casa de parentes. O RN é o primeiro filho para a maioria das mães, e muitas já têm passado por gestações anteriores.

Ressalta-se que é freqüente a vinda de RNs de outros municípios, na busca por maiores chances de sobrevivência. Nesses casos, o transporte é feito pelas Secretarias Municipais de Saúde, por meio de ambulância ou outros veículos. Sobre essa situação, Diniz e Santoro Júnior (1994, p. 2) asseguram que:

[...] deve-se salientar que a transferência no sistema, sempre que possível, deve ser da mãe, já que o útero é a melhor forma de transporte do RN e a assistência deve ser prestada ao binômio mãe-filho. Para a criança após o nascimento há necessidade de um adequado sistema de transporte, que nunca superará, contudo, o transporte *in útero*.

No transporte, o estado de saúde do RN pode piorar, sendo que, no período em estudo, há a ocorrência de alguns óbitos durante a viagem para o HU. Quando não é possível a transferência antes do nascimento do bebê, a mãe geralmente permanece internada no município de origem e desloca-se para o HU posteriormente, após receber alta hospitalar. Nesse caso, é comum que o pai seja o acompanhante do bebê.

São essas famílias com seus bebês que, juntamente com os profissionais, compõem o cenário da Unidade de Neonatologia, campo de atuação profissional do Serviço Social, cuja prática é abordada a seguir.

2.5 O SERVIÇO SOCIAL E O ATENDIMENTO ÀS DEMANDAS DAS FAMÍLIAS DOS RNs INTERNADOS NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA

O Serviço Social, na Unidade de Neonatologia, atende às demandas socioemergenciais e socioeducativas das famílias dos RNs internados, e cabe assinalar que muitas das ações empreendidas situam-se entre as dimensões educativas e emergenciais, simultaneamente.

Nesse contexto, o profissional de Serviço Social atua com ênfase na integralidade, considerando o usuário em sua totalidade e como cidadão portador de direitos. Atua, ainda, de forma interdisciplinar, pois, como ressalta Iamamoto (2001, p. 63-64), “[...] o assistente social não realiza seu trabalho isoladamente, mas como parte de um trabalho combinado ou de um trabalhador coletivo que forma uma grande equipe de trabalho”.

O foco deste estudo é justamente a importância do Serviço Social no atendimento às demandas das famílias dos RNs prematuros, por isso, relata-se, a seguir, o acompanhamento

dessas famílias na busca por esse atendimento, durante o percurso do Estágio Curricular Obrigatório I e II.

Os contatos com as mães e com outros profissionais e a utilização de instrumentos técnico-operativos, como entrevistas, fichas de atendimento, estudos sociais, reuniões, observações, visitas domiciliares e registros no diário de campo, bem como leitura, possibilitam o diagnóstico de situações de vulnerabilidade social em que se encontram as famílias dos RNs internados. São instrumentos de trabalho que, aliados ao conhecimento, permitem decifrar a realidade e, a partir dela, detectar, esclarecer e encaminhar demandas.

Sobre a utilização desses instrumentos, Yazbek (2006, p. 14) assinala:

O Serviço Social como profissão intervém no âmbito das políticas sócio-assistenciais, na esfera pública ou privada, desenvolvendo tanto atividades que envolvem abordagem direta com a população (entrevistas, atendimento de plantão social, visita domiciliar, orientações, encaminhamentos, reuniões, trabalho com indivíduos, famílias, grupos, comunidades, ações de educação e organização popular etc.) como trabalhos de pesquisa, administração, planejamento, supervisão, consultoria e gestão de programas sociais.

Com relação ao tema, Yamamoto (2001, p. 62-63) também esclarece que “[...] As bases teórico-metodológicas são recursos essenciais que o Assistente Social aciona para exercer o seu trabalho: contribuem para iluminar a leitura da realidade e imprimir rumos à ação, ao mesmo tempo em que a moldam”.

Convém ressaltar que a informação é uma forma de inclusão social, visto que, se o indivíduo não conhece seus direitos, tampouco poderá lutar por eles.

Segundo Fernandes (2005, p. 4):

A inclusão só é uma luta porque essa não acontece naturalmente como deveria ser nas sociedades. Uma vez que cada sujeito é parte do seu contexto, essencialmente deveria poder estar pertencendo ao mesmo. Toda a luta pelos direitos humanos é uma luta por pertencimento, é uma luta das pessoas para estarem inseridas em seu contexto de vida. O Serviço Social é uma profissão que advoga a causa da humanização das relações sociais. É uma profissão que não aceita as desigualdades e está comprometida com a defesa dos direitos humanos e da justiça social.

Durante o período de estágio, o atendimento às demandas sócioeducativas ocorre a partir dos primeiros contatos com a família, quando a mãe é acolhida e esclarecida sobre a atuação do Serviço Social. São socializadas informações sobre os direitos civis e sociais, referentes à maternidade, paternidade e direitos da criança. Em relação aos direitos sociais, os

esclarecimentos mais solicitados são sobre licença-maternidade, licença-paternidade, auxílio-natalidade.

Quanto à ação socioeducativa, Yazbek (2006, p. 28) assinala que:

A ação sócio-educativa do Assistente Social tanto pode assumir características disciplinadoras, voltadas ao enquadramento do “cliente” em sua inserção institucional e na vida social, como pode se voltar para uma perspectiva emancipatória, defendendo, preservando e efetivando direitos sociais.

Cabe aqui ressaltar a importância da informação sobre a rotina da instituição, mais especificamente, da Unidade de Neonatologia, incluindo-se o hotelzinho e o direito que tem a família de acompanhar o bebê nas 24 horas do dia.

A administração das vagas do hotelzinho pelo Serviço Social é uma atribuição que se justifica pelo fato de ser a profissão de assistente social a que dispõe de subsídios para conhecer a situação socioeconômico-cultural das famílias. Desse modo, pode avaliar a real necessidade da permanência das mães no local.

No hotelzinho, dá-se prioridade às mães que estejam amamentando e às que residem em outras cidades, sem condições de ir para casa e voltar todos os dias. No entanto, é preciso analisar cada caso. Às vezes, a mãe, mesmo residindo perto, por exemplo, não tem como se deslocar, por falta de condições físicas, nos casos de cesárea. Outras vezes, precisa visitar os outros filhos. Tem acontecido, em mais de uma oportunidade, que o estado de saúde do bebê é delicado e a mãe, mesmo residindo nas proximidades do HU, prefere permanecer ao lado dele.

O hotelzinho é administrado em conjunto com as mães, por meio de abordagem grupal. Essa é uma prática que aguça o espírito crítico das mães, torna-as sujeitos capazes de modificar sua história, à medida que, reconhecendo a importância de usufruir seus direitos, criticam ou sugerem mudanças, buscando melhorar sua qualidade de vida. Esse grupo de mães é em geral bastante coeso, talvez por elas se identificarem nas angústias e alegrias que compartilham no dia-a-dia com seus bebês.

Geralmente, o hotelzinho está com sua capacidade de lotação esgotada, fazendo-se necessário priorizá-lo às mães que não residem na Grande Florianópolis e às que estejam amamentando. As residentes na Grande Florianópolis, em geral, passam o dia no hotelzinho e retornam para suas casas à noite. Há, também, a possibilidade de buscar alternativas, como encaminhar algumas mães para pernoite em casa de voluntários da comunidade. Outra

possibilidade, ainda, é solicitar à chefia da enfermagem do AC que mantenha internada a mãe que recebe alta, pelo tempo necessário, até que haja lugar no hotelzinho, o que sempre é atendido, desde que o AC não esteja superlotado. Quando o pai vem de outra cidade para visitar o bebê e a mãe, havendo a necessidade de pernoitar, ele é também encaminhado à casa de voluntários da comunidade.

Outro aspecto considerado é quanto à comodidade das mães já que, no hotelzinho, há apenas quatro leitos e duas poltronas. Por isso, para a utilização dos leitos, dá-se prioridade às mães que tenham tido parto mais recentemente. Para isso, é necessário conversar com as outras mães para, se for o caso, fazer a troca, o que, na maioria das vezes, é aceito sem resistência.

Outras informações repassadas aos pais tratam da importância do acompanhamento do RN e do fortalecimento do vínculo afetivo, bem como do impacto positivo que sua presença exerce sobre a recuperação e o desenvolvimento do bebê.

Embora as ações referentes ao aleitamento materno estejam a cargo da CIAM, também o Serviço Social incentiva sua prática, bem como esclarece sobre suas vantagens para o bebê. Com igual zelo, incentiva e esclarece sobre o MMC.

Para a socialização de informações, são utilizadas abordagens individuais e grupais. As individuais acontecem quase sempre na sala de atendimento do Serviço Social ou no hotelzinho, geralmente por iniciativa da mãe.

As informações sobre métodos contraceptivos são bastante requisitadas pelas mães, o que denota sua preocupação quanto ao planejamento familiar. O tema também vem à tona durante as entrevistas ou conversas informais, e não é raro serem efetuadas abordagens esporádicas, com pequenos grupos, no hotelzinho. O Serviço Social utiliza, para esse fim, um painel que contém uma amostra de cada método contraceptivo. Esse painel desperta bastante interesse das mães.

Em várias oportunidades, há necessidade de encaminhamentos internos e externos para programas institucionais de planejamento familiar, a fim de possibilitar o acesso da mãe ou do companheiro ou marido a esses programas. Os encaminhamentos internos são feitos ao Programa de Planejamento Familiar do HU e os externos, às unidades de saúde dos bairros de procedência da família.

Nas abordagens semanais com as mães do hotelzinho, são tratados assuntos como contracepção, aleitamento materno e outros, de interesse delas. Esses encontros ocorrem, em geral, na sala da troca de plantão do AC, sendo numa semana coordenados pelo Serviço Social e, na seguinte, pela Psicologia. Para esses encontros, algumas vezes, são convidados

outros profissionais da unidade, geralmente da Enfermagem, para esclarecerem dúvidas que as mães possam ter.

→ Muitas demandas das famílias dos RNs prematuros são percebidas nas abordagens grupais, instrumento utilizado com o auxílio de dinâmicas, com a finalidade de facilitar a interação entre o grupo e os profissionais envolvidos.

Em geral, as coordenadoras da reunião iniciam-na com uma dinâmica em que uma bola colorida, de pano, passa de mão em mão, e cada participante, enquanto a segura, apresenta-se e fala de si, contando um pouco de sua história. A maioria fala do bebê internado, do estado de saúde dele, da angústia pela qual está passando e, muitas vezes, da saudade e preocupação com os outros filhos e o esposo, que permanecem em casa. Quando a mãe termina de falar, entrega a bola para outra integrante do grupo, que então fala, e assim por diante. Quando é a primeira vez que a mãe participa da reunião ou quando o estado de saúde de seu bebê é grave, não raro a fala termina em lágrimas. É um momento importante, em que a mãe recém-chegada faz seu desabafo e é ouvida atentamente por todos. Recebe palavras de apoio e conforto, principalmente das mães que, tendo passado por situação semelhante, estão com seus bebês internados há mais tempo, com a situação já estabilizada.

Sobre o tema, Linhares *et al.* (2000, p. 63) confirmam que:

No grupo, as mães podem conversar sobre suas preocupações, compartilhar suas experiências com outras mães, que se encontram em diferentes estágios com relação à evolução dos seus bebês, uns recém-nascidos, outros mais perto da alta, e, finalmente, receber orientações que ajudam no enfrentamento satisfatório deste período de crise [...].

● Tais reuniões constituem ótimas oportunidades para que as mães tragam à tona todos os problemas relacionados a sua permanência no hotelzinho, desde a qualidade da alimentação e da limpeza até o relacionamento entre elas.

Quanto ao registro de nascimento, os pais são orientados pelo Serviço Social e encaminhados ao posto de atendimento do cartório, o qual funciona na maternidade. O próprio cartório fornece ao Serviço Social um folheto que contém a relação dos documentos e procedimentos necessários ao registro. Essa orientação é sempre bem-vinda e imediatamente acolhida, porque representa uma grande facilidade para os pais. Quando a família não é residente em Florianópolis, a recomendação dada é fazer o registro no município de procedência. Caso contrário, sempre que haja a necessidade de emitir a segunda via da

certidão de nascimento, a solicitação tem que ser feita ao cartório da Trindade, em Florianópolis.

No período de efetivação do estágio, há a ocorrência de óbito de bebês internados na Unidade de Neonatologia. Nesse período, há o acompanhamento, por parte do Serviço Social, a uma família com bebê natimorto²⁷, no Centro Obstétrico. Orientadas sobre todos os procedimentos para o caso de óbito, conforme roteiro disponível no setor, as famílias são encaminhadas diretamente à sede do cartório, localizada no Bairro Trindade, próximo ao HU, já que seu posto de atendimento não faz registro de óbito. É sempre necessário verificar se há, por parte da família, a opção pela necrópsia do corpo, pois, caso haja, é necessário aguardar o seu término. Se a família não tem condições financeiras para arcar com o funeral, há a possibilidade de encaminhá-la ao Serviço Social da prefeitura do município de sua residência. A urna funerária pode ser disponibilizada pela prefeitura ou pelo próprio HU, que as fabrica em sua própria marcenaria, sendo forradas internamente por voluntárias.

Por último, é feito o encaminhamento das famílias do município de Florianópolis ao Cemitério do Itacorubi para a realização do funeral, sem ônus financeiro. Nesses casos, as despesas com sepultamento ocorrem por conta da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Após o registro de óbito, a família pode transportar o corpo em carro próprio. Em casos de funeral fora do município, no entanto, há a necessidade de autorização para o transporte a ser emitida pela 5ª Delegacia de Polícia.

A participação do Serviço Social como integrante da equipe da Unidade de Neonatologia, nas reuniões interdisciplinares, favorece a discussão e a busca por soluções relacionadas aos bebês internados. Em uma dessas reuniões, é tratado o caso de uma mãe cujo bebê já tem condições de receber alta, mas a equipe de médico e enfermeiros que o acompanha resiste à idéia de o bebê permanecer com a mãe. O motivo é que o bebê necessita tomar medicamentos até os dois anos de idade, e a mãe, durante a internação, pouco o tem acompanhado, razão pela qual os profissionais não estão seguros quanto à responsabilidade dela em assumir o tratamento. Além disso, a mãe e o companheiro, pai do bebê, estão desempregados e não têm fonte de renda, informação obtida da mãe logo após o parto, quando então solicita que o Serviço Social ajude o companheiro a conseguir um emprego. Ela, no passado, já estivera presa por tráfico de drogas tendo, por isso, perdido um filho, encaminhado para adoção. Na situação atual, há a necessidade de articulação e

²⁷ “Que ou aquele que nasce morto.” (GRANDE DICIONÁRIO LAROUSSE CULTURAL DA LÍNGUA PORTUGUESA, 1999, p. 651).

encaminhamentos a instituições de apoio, como o Conselho Tutelar e a unidade de saúde do bairro, para acompanhamento pós-alta para o bebê.

Após esclarecimento pelo Serviço Social de como é o suporte e acompanhamento da família, a equipe concorda que a mãe e o bebê permaneçam juntos. Na alta hospitalar, o Serviço Social acompanha ambos, em transporte do HU, até as instituições de apoio para apresentá-los aos profissionais responsáveis e depois até sua casa, onde o companheiro, já tendo conseguido trabalho, aguarda-os. Nas semanas seguintes, são feitos contatos com as instituições para verificar se o acompanhamento está sendo realizado e se tudo continua bem. Posteriormente, em visita domiciliar juntamente com uma estagiária de Psicologia, é constatado que tudo corre conforme o esperado.

São numerosos os encaminhamentos externos, por escrito, e predominam aqueles para obtenção de vale-transporte junto à Divisão de Assistência das prefeituras. Nesse caso, o objetivo é possibilitar que as mães, residentes na Grande Florianópolis, possam pernoitar em casa e se deslocar, diariamente, até o HU para acompanhar o RN internado. Antes, porém, é necessário agendar as entrevistas por telefone, desde que haja verba disponível, o que nem sempre acontece, principalmente na Prefeitura Municipal de Florianópolis. Essa situação repete-se em várias oportunidades naquela instituição, o que exige encaminhamento interno ao Plantão de Serviço Social do HU. Assim, o uso da verba emergencial, que deve ser esporádico, acaba sendo rotineiro.

São efetuados vários encaminhamentos para as unidades de saúde dos bairros, a fim de que haja acompanhamento do RN, quando ele obtém alta e, em muitos casos, também para a obtenção de complemento de leite quando a mãe porta a declaração médica que atesta tal necessidade. Ao Plantão de Serviço Social são feitos encaminhamentos para obtenção de cesta básica, quando a situação financeira familiar assim o exige.

Outra situação que exige intervenção é a daquela mãe que recebe alta e precisa continuar tomando medicamentos no hotelzinho, pois seu bebê permanece internado. Nesse caso, os encaminhamentos são dirigidos à farmácia do SUS, localizada no próprio HU.

Há, também, no período do estágio, a prestação de vários auxílios concretos. Um deles é o fornecimento de enxovais para bebês, disponibilizados por voluntários da comunidade. Esse fornecimento pode se tornar necessário tanto por falta de condições financeiras da mãe como pela não previsibilidade da internação.

Outra medida é disponibilizar refeições para não residentes no município de Florianópolis, conforme rotina do HU. Isso se faz necessário às mães do hotelzinho ou aos

parentes que acompanham o RN. É fornecido o cartão-refeição para períodos mais longos e o vale-refeição para os esporádicos.

Uma demanda bastante apresentada é a intermediação de transporte junto às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de residência das mães, na alta dos bebês, ou quando a mãe necessita ir à sua residência. Também é encaminhada solicitação para transporte do HU, principalmente para as visitas domiciliares. Sobre essa demanda, Vasconcelos (2002, p. 176) afirma que, na maioria das unidades, após a liberação do paciente pelo médico, as providências relacionadas ao transporte para casa são encaminhadas pelo Serviço Social.

Há participação também em reuniões internas, como aquela que trata da possível criação do Banco de Leite Materno no HU, bem como externas, como a do Grupo de Gestantes da Paróquia da Santíssima Trindade. Todas as abordagens com as mães, incluindo-se aquelas necessárias à administração do hotelzinho, constituem ricas oportunidades para, mediante a observação, melhor conhecer as mães e as famílias.

Na prática de estágio, são aplicados muitos conhecimentos adquiridos durante a formação acadêmica, o que favorece o desenvolvimento de habilidades, competência e valores. Nas palavras de Nogueira (2005, p. 187), o Serviço Social é uma profissão interventiva, “dotada de uma dimensão teórico-metodológica e técnico-operativa que não se dissocia das implicações de ordem ética e política”.

Sobre a profissão, Yazbek (2006, p. 13) assinala que:

Seu significado social, suas demandas, tarefas e atribuições devem ser buscados dentro da trama das relações que constituem a vida social e, particularmente, nas respostas que a sociedade e o Estado constroem, frente às necessidades sociais dos homens, em suas dimensões materiais e culturais. Essas dimensões constituem a sociabilidade humana e estão presentes no cotidiano da prática do Assistente Social.

As ações do Serviço Social estão relacionadas à reprodução social da vida e objetivam a melhoria das condições em que vive a população em geral, sobretudo os segmentos mais empobrecidos. Na prática profissional, são levados em conta os aspectos relativos a: classe, etnia, gênero, componentes afetivos e emocionais, bem como religiosos e culturais. A atuação profissional pode produzir mudanças na vida dos usuários, do ponto de vista material, social e cultural, à medida que possibilita seu acesso a políticas sociais, programas, recursos, serviços e bens (YAZBEK, 2006).

Na Unidade de Neonatologia, a intervenção do Serviço Social dá-se com vistas à efetivação dos direitos civis e sociais das famílias e de seus RNs, pois, conforme Nogueira (2005, p. 10) “os direitos como um todo são indispensáveis para que se possa pensar numa forma democrática e justa de vida”.

Para o fazer profissional, torna-se necessário, então, apropriar-se de conhecimentos sobre leis, normas e portarias que subsidiem a prática profissional. Com esse objetivo, as ações são norteadas, principalmente, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei 8.069, de 13/07/90), pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Lei 8.080, de 19/09/90) e Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) (Lei 8.742, de 07/12/93).

Todas as ações pautam-se no Código de Ética da Profissão (Resolução CFESS 273, de 13/03/93, alterada pela Resolução CFESS 290) e na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei Federal 8.662, de 07 de junho de 1993).

Na atuação do Serviço Social sempre está presente a certeza de que, para apreender a realidade, é preciso adquirir novos conhecimentos e aperfeiçoamento profissional, por ser a realidade algo que está em constante transformação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prematuridade é um tema que vem despertando interesse e preocupação entre os governantes por estar diretamente relacionada ao Índice de Mortalidade Infantil. Este índice, em cada país, representa as condições de saúde em que vive seu povo e as estatísticas demonstram que, nos países mais pobres, tais índices são maiores. A mortalidade infantil, incluindo-se a neonatal, está, então, intimamente ligada às condições sociais em que vivem os indivíduos.

Os Estados criam políticas públicas para minimizar ou mascarar os efeitos desse grave problema de saúde, medidas que provocam, ao mesmo tempo, exclusão. O Brasil tem uma Constituição que possibilita condições ao exercício da cidadania, garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, porém, apresenta políticas de saúde parcas e insuficientes. Muitos indivíduos excluídos, despojados de sua cidadania, na maioria das vezes, nem sequer recorrem a seus direitos pelo simples fato de desconhecê-los.

É nesse contexto que se insere a atuação do Serviço Social na experiência relatada no presente trabalho, vivenciada num processo dinâmico e cotidiano com as famílias dos RNs prematuros, internados na Unidade de Neonatologia da maternidade do HU.

A atuação aqui relatada pauta-se no Projeto de Atendimento às Demandas Socioassistenciais das Mães/Famílias de RNs Prematuros e/ou que Nascem com Alguma Enfermidade, desenvolvido ao longo da prática do Estágio Curricular Obrigatório I e II, do Curso de Serviço Social.

Nessa experiência, a importância do papel do Serviço Social concretiza-se no desafio de desvendar a realidade de cada uma dessas famílias, na detecção e no atendimento de suas demandas, no esclarecimento de seus direitos e no suporte necessário à viabilização desses direitos.

Conhecer a realidade é imprescindível quando se busca a integralidade na saúde, pois o indivíduo não é apenas um corpo doente e sim o resultado de uma série de fatores que interferem em sua reprodução social. É preciso, então, vê-lo como um todo, para não incorrer no erro e na ineficácia da fragmentação das ações e dos resultados. Na busca por essa integralidade, dá-se ênfase à interdisciplinaridade sem, no entanto, invadir o espaço dos outros profissionais.

Ao deparar-se com cada nova realidade, o Serviço Social vê-se, muitas vezes, diante de outro desafio: buscar novos conhecimentos, o que ocorre por meio de cursos, leituras e troca de experiências com outros profissionais. Para não cair na mesmice da mera reprodução de rotinas institucionais, procura ter um olhar investigativo ao intervir nessa realidade.

O Serviço Social esclarece e incentiva quanto ao aleitamento materno e ao MMC, procedimentos que, juntamente com o acolhimento, são preconizados como práticas de humanização do atendimento. Ademais, são também coadjuvantes no restabelecimento da saúde e no desenvolvimento dos bebês prematuros. As demandas são encaminhadas com vistas à orientação e viabilização dos direitos civis e sociais do bebê e de sua família. É dado o suporte social necessário para que a família possa acompanhar o RN durante todo o período de internação.

Diante do relato da experiência de estágio, dos aspectos abordados e das reflexões elencadas no presente trabalho, evidencia-se a importância do Serviço Social no atendimento às demandas das famílias dos RNs prematuros internados. Observe-se que a ação ocorre sempre com o intuito de tornar o usuário sujeito, não só de sua saúde, como também de sua vida, a vida que é só sua e deve ser vivida de maneira justa e igualitária.

Ressalta-se a importância de o Serviço Social ter um olhar crítico sobre sua própria atuação profissional, bem como sobre a atuação e funcionamento da instituição da qual faz parte. Ter um olhar crítico não pressupõe apenas criticar. Muito mais do que isso, significa também, desenvolver uma atitude propositiva na busca por melhores alternativas para a solução das demandas que a ele se apresentam. Nesse sentido, são trazidas algumas sugestões, como forma de contribuir para a efetivação de um atendimento ainda mais abrangente e que cause impacto positivo maior sobre a vida desses pequenos indivíduos, que não são apenas bebês prematuros, mas principalmente cidadãos prematuros e como tal devem ser tratados.

A primeira sugestão refere-se ao aumento do quadro efetivo de assistentes sociais da maternidade, em função da grande quantidade de demandas para apenas uma profissional. Para justificar essa necessidade, sugere-se que seja observado o controle estatístico mensal, registrado nos arquivos do HU.

A segunda sugestão depende da primeira, pois, se houver outros profissionais de Serviço Social na unidade, a carga de trabalho não será tão extenuante e todos poderão participar mais de cursos de capacitação, o que é fundamental para o aperfeiçoamento desses profissionais, além de possibilitar a discussão e a troca de experiências sobre o que envolve a neonatologia.

Em terceiro lugar, tão importante quanto haver no HU um posto de atendimento do cartório para registrar os nascimentos seria estender o registro também aos óbitos. Esses postos foram criados em cumprimento à Portaria 938/GM, de 20/05/2002, do Ministério da Saúde, com a finalidade de evitar que muitos brasileiros deixem de ser registrados, fazendo-o, então, antes da alta. Sugere-se que os profissionais de Serviço Social levem à equipe da Unidade de Neonatologia a discussão sobre a necessidade de a Direção do HU propor ao cartório a inclusão do registro de óbito do RN nos serviços prestados pelo referido posto de atendimento, o que facilitaria a ação dos pais num momento de grande dor para a família, o da perda de um filho.

Por fim, cabe enfatizar que é facilmente perceptível que a disponibilidade de vagas do hotelzinho não supre as demandas. Assim sendo, sugere-se o aumento do número de leitos e de poltronas o que, indubitavelmente, deve ser feito em outro espaço físico, já que o atual não comporta tal ampliação.

Ressalta-se que este estudo não se fecha em si mesmo e que o conhecimento é um processo infinito. Por isso, outras possibilidades poderão surgir, assim como a continuidade à pesquisa nesta área, como, por exemplo, o aprofundamento do acompanhamento sistemático dos fatores ligados à prematuridade e suas conseqüências no âmbito social que envolve as famílias.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R. M. A. Aleitamento materno: um ato ecológico. In: MARANHÃO, A. G. K.; FIGUEIREDO, A. L.; MELO, A. C. de A.; SILVA, C. R. da; LIMA, C. O. P.; SIMONS, D. A. **Aleitamento materno: um guia para pais e familiares**. São Paulo: Atheneu, 2002
- ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. de (Orgs.). **Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: EDUPS, 2001. p. 13-50.
- ARAÚJO, M. de F. Situações e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: CARVALHO, M. R. de; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 269-281.
- BERCINI, L. O. Mortalidade neonatal de residentes em localidade urbana da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 1, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2007.
- BEZERRA, A. I. **Relatório de estágio curricular obrigatório I e II**. 2006. 15f. (Departamento de Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- BRASIL. DATASUS. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/definicoes.htm>. Acesso em: 18 jan. 2007.
- BRASIL. FEGRASGO. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/files/pacto_nacional.pdf>. Acesso em 15 jan. 2007.
- BRASIL. FIOCRUZ. Disponível em: <http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Assinatura%20do%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde%202006%20pelo%20Minist%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20e%20pelo%20presidente%20do%20CONASS%20e%20CONASEMS_Fevereiro_2006.doc>. Acesso em: 18 jan. 2007.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru**. Brasília, 2002.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. MANRICH, Nelson (Org.). 6. ed. São Paulo: RT, 2005.
- BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M. de; GAMA, A. de S.; MONNERAT, G. L. (Orgs.). **Saúde e serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 25-47.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M.C. de. Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 197-215.

CAMPOS, G. W. de S. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, ano XXI, n. 87, p. 132-146, 2006.

CARVALHO, A. E. V.; LINHARES, M. B. M.; MARTINEZ, F. E. História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (< 1.500 g). **Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre-RS. n.14(1). 2001. p. 1-33, 2001.

CASANOVA, L. D.; SÉGRE, C. A. M. Alojamento Conjunto. In: DINIZ, E. M. de A.; SANTORO JÚNIOR, M. **Manual de neonatologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

CECCHETTO, S. Mãe canguru: tecnologia perinatal humana. In: CARVALHO, M. R. de; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 191-196.

CHAVES NETTO, H.; SÁ, R. A. M. de. **Manual de Conduta em Obstetrícia**. São Paulo: Atheneu, 1998.

CHUPEL, P. C. **O acolhimento em saúde para os profissionais de serviço social: uma reflexão baseada no princípio da integralidade e sua relevância junto aos processos sócio-assistenciais**. 2005. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Departamento de Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Regionalização Solidária: “Agenda para um novo pacto de gestão do SUS”**. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=11&codPagina=1300>>. Acesso em: 20 out. 2006.

CORRÊA, M. D. Parto pré-termo. In: CUNHA, S. P. da; DUARTE, G. **Gestação de Alto Risco**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1998.

COSTA, M. D. H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, ano XXI, n.62, p. 35-72, mar. 2000.

CRESS-SC – CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL SC. **Desigualdade se combate com direitos**. Santa Catarina: CRESS, 2005.

CRESS/SP. **Legislação brasileira para o serviço social**. Coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação da(o) assistente social/organização Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo, 9ª Região – Diretoria Provisória. 2. ed. rev., ampl. e atual. até dezembro de 2005. São Paulo: O Conselho, 2006.

DICIONÁRIO MÉDICO ENCICLOPÉDICO TABER. 17. ed. São Paulo: Mande, c2000, 2.279p.

DINIZ, E. M. de A.; SANTORO JÚNIOR, M. **Manual de neonatologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

DUARTE, C. E.; SCHNEIDER, M. C.; PAES-SOUSA, R.; RAMALHO, W. M.; SARDINHA, L. M. V.; SILVA JÚNIOR, J. B. da; CASTILLO-SALGADO, C. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

FERNANDES, I. A dialética das possibilidades: a face interventiva do Serviço Social. **Revista Virtual Textos e Contextos**, n.4, p. 1-21, dez. 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GRANDE DICIONÁRIO LAROUSSE CULTURAL DA LÍNGUA PORTUGUESA. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO. Disponível em <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em: 14 jan. 2007.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação Profissional**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=266&id_pagina=1>. Acesso em: 05 jan. 2007.

JEKEL J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LAMY, Z. C.; GOMES, R.; CARVALHO M. de. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Jornal de Pediatria**, 1997.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: Relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6:269-318, 2001.

LIMA, T. **A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da cidadania e dos direitos: pensando as ações sócio-educativas**. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

LINHARES, M. B. M.; CARVALHO, A. E. V.; BORDIN, M. B. M.; CHIMELLO, J. T.; MARTINEZ, F. E.; JORGE, S. M. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. **Paidéia**, FFCLRP-USP, Rib. Preto, jan.-jul./2000. p. 60-69.

LINHARES, M. B. M.; CARVALHO, A. E. V.; BORDIN, M. B. M.; JORGE, S. M. **Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento <1500 g: na UTI-neonatal e no seguimento longitudinal**. 1999. 262p. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- LOPES, P. R. A. As vantagens da amamentação. Por que amamentar? In: MARANHÃO, A. G. K.; FIGUEIREDO, A. L.; MELO, A. C. de A.; SILVA, C. R. da; LIMA, C. O. P.; SIMONS, D. A. São Paulo: Atheneu, 2002.
- MANUAL MERK. Saúde para a família. Seção 23, Capítulo 252. Disponível em: <http://www.msd-brazil.com/msd43/m_manual/mm_sec23_252.htn>. Acesso em: 02 out. 2006.
- MARSIGLIA, R. M. G. O projeto de pesquisa em Serviço Social. **Revista de Capacitação em Serviço Social**, Módulo 5: Intervenção e Pesquisa em Serviço Social. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada, à Distância, 2001.
- MARTINS FILHO, J. Aleitamento Materno. In: ALVES FILHO, N.; CORRÊA, M. D. **Manual de Perinatologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1995. p. 467-478.
- MEDEIROS, A. C.; MUNHOZ JÚNIOR, A. G.; PEREIRA, C. D. Prematuridade e aleitamento materno: uma assistência de enfermagem seguindo os pressupostos de Wanda de Aguiar Horta. 2003. TCC – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- MILANEZ, F. M. **Fatores de risco maternos para o nascimento prematuro no HU-UFSC em 2004**. UFSC, 2005.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatórios do conselho Nacional de Saúde**. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatórios/relatório_8.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde**. Pacto pela Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1021> Acesso em: 14 jan. 2007.
- MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n.55, 1997.
- MIURA, E.; PROCIANOY, R. S. **Neonatologia: princípios e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- MURAHOVSKI, J. **Pediatria: diagnóstico e tratamento**. 5. ed. São Paulo: Sarvier, 1995.
- NOGUEIRA, V. M. R. O desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, ano XXVI, n. 82, p.5-21, jul. 2005.
- NOGUEIRA, V. M. R. O serviço social na área da Saúde. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Desigualdade se combate com direitos**. Coletânea de textos. Florianópolis, 2005.
- NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 1499p.

PAIVA, B. A. de; OURIQUES, N. D. Uma perspectiva latino-americana para as políticas sociais: quão distante está o horizonte? **Rev. Katalysis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, 2006.

PEREIMA, M. J. L. O curso integrado de medicina da UFSC. In: PEREIMA, M. J. L.; COELHO, E. B. S.; ROS, M. A. Da(Org.). **Da proposta à ação**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2005.

PESSOTO, M. A. Aleitamento materno. In: MARBA, S. T. M.; MEZZACAPA FILHO. **Manual de neonatologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 30-35.

PIZZOL, A. Dal. Estudo social ou perícia social? Um estudo teórico-prático na Justiça Catarinense – vislumbrando melhores serviços. Florianópolis: Tribunal de Justiça de Santa Catarina, Divisão de Artes Gráficas, 2005.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf>. Acesso em: 20 out. 2006.

PUPO FILHO, R. do A. **Manual de instruções do recém-nascido**. Disponível em: <<http://www.nbz.com.br/igrejavirtual/estudos/ceo/ManualRecemNascido.htm#E4>>. Acesso em: 02 jan. 2007.

REHUNA – REDE PELA HUMANIZAÇÃO NASCIMENTO E DO PARTO. Disponível em: <http://www.rehuna.org.br/index.php?option=com_content&task=category§ionid=6&id=20&Itemid=31>. Acesso em: 14 jan. 2007.

REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RICHARDSON, R. J.; PERES, J. A. de S. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 1999.

ROS, M. A. Da. Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. In: PEREIMA, M. J. L.; COELHO, E. B. S.; ROS, M. A. da(Org.). **Da proposta à ação**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2005.

SERRA, J. **Ampliando o possível**: a política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

SANTORO JÚNIOR, M. Programa da criança e do adolescente. In: SEGRE, C. A. M.; SANTORO JÚNIOR, M. **Pediatria**: diretrizes básicas e organização de serviços. São Paulo: Sarvier, 2001.

SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/~ssocial/index.htm>>. Acesso em: 15 out. 2006.

SILVA, D. P. da. **Relatório de estágio curricular obrigatório I e II**. 2006. 32f. (Departamento de Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, O. P. V. da. A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2002.

TERRES, B. M. **A gravidez de alto risco e a contribuição do serviço social na perspectiva dos direitos reprodutivos e da consolidação da cidadania**. UFSC, 2005.

TOMA, T. S. Método Mãe Canguru. In: CARVALHO, M. R. de; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 197-206.

TRINDADE, C. E. P. Prematuridade. In: ALVES FILHO, N.; CORRÊA, M. D. **Manual de Perinatologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1995. p. 512-515.

UFSC – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário (HU). **Maternidade do Hospital Universitário: Atendimento Humanizado ao Parto e Nascimento**. Florianópolis, [s.d.].

UNICEF. Saúde Pública no Brasil e BIREME, OPAS, OMS. Disponível em: <[http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=36&subject=infantMortalityReduction&search=\(*\)*\(introduction/\(channel\)\)>](http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=36&subject=infantMortalityReduction&search=(*)*(introduction/(channel))>)>. Acesso em: jan. 2007.

UNICEF. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/seminario/papers/12.htm>>. Acesso em: jan. 2007.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VICTORA, C. G.; CESAR, J. A. Saúde materno-infantil no Brasil – padrões de morbimortalidade e possíveis intervenções. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 415-444.

WANDERLEY, L. E. W. Educação e cidadania. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano XXI, n. 62, p. 156-167, mar. 2000.

WIKIPÉDIA. Disponível em: <<http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=mortalidade+infantil&btnG=Pesquisa+Google&meta=>>>. Acesso em: 12 mar. 2007.

WIKIPÉDIA. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Rec%C3%A9m-nascido>>. Acesso em: 17 dez. 2006.

WILLIAMS, M. A. **Manual de Obstetrícia: Diagnóstico e tratamento**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

YAZBEK, M. C. O Serviço Social e o movimento histórico da sociedade brasileira. In: CRESS/SP. **Legislação brasileira para o serviço social**. Coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação da(o) assistente social/organização Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo, 9ª Região – Diretoria Provisória. 2. ed. rev., ampl. e atual. até dezembro de 2005. São Paulo: O Conselho, 2006.

ZUCCHI, M. Depressão na gravidez e prematuridade: aspectos epistemológicos da investigação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 dez. 2006.

ANEXO A: Ficha de Atendimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 MATERNIDADE DO HU
 SERVIÇO SOCIAL

FICHA DE ATENDIMENTO

Nome:

Idade: **Situação Civil:** **Escolaridade:**

.....

Profissão: **Trabalho:** **Salário:**

Responsável: **Parentesco:**

Trabalho: **Salário:**

Situação Habitacional:

Nº. de Filhos: **Idade:**

Nº. de Gestações:

Observações:

.....

Data da entrevista:

Atendimento solicitado:

.....

Parecer e encaminhamento do serviço social:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Retornos:

Data: / /

Atendimento: